

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A PERSPECTIVA DO PACIENTE SOBRE PROCESSOS
E MECANISMOS DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA,
EM CONTEXTO NATURALÍSTICO**

Joana Filipa Barbosa Florêncio

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-
Comportamental e Integrativa)**

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A PERSPECTIVA DO PACIENTE SOBRE PROCESSOS
E MECANISMOS DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA,
EM CONTEXTO NATURALÍSTICO**

Joana Filipa Barbosa Florêncio

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Nuno Miguel Silva Conceição

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-
Comportamental e Integrativa)**

2014

Agradecimentos

Ao Professor Nuno Conceição, pela partilha de ideias, conhecimentos e pelas palavras motivacionais; pela oportunidade de realizar esta investigação.

Aos meus participantes, pela disponibilidade, partilha e revelação de experiências tão pessoais; por possibilitarem novas aprendizagens.

Aos meus pais, irmão e avó por todo o apoio incondicional, pela preocupação, por acreditarem em mim e pela tranquilidade transmitida nos momentos mais angustiantes sentidos ao longo deste ano.

À Teresa, Marta, Serpa, Sara, Raquel, Tânia, Telma e André serem os meus companheiros de 5 anos de curso; pela verdadeira e genuína amizade; por todos os momentos de diversão e trabalho árduo; por todo o apoio nestes últimos tempos.

Às minhas companheiras de orientação de tese, Joana, Catarina e Patrícia, pela disponibilidade, pela partilha de conhecimentos e pelos momentos no Instituto Superior Técnico. Sem tais momentos, o processo de realização da tese, não teria sido o mesmo.

Nota: Esta dissertação foi escrita de acordo com o antigo acordo ortográfico.

Resumo

Nos últimos anos, tem havido um reconhecimento do papel do paciente enquanto participante activo na Psicoterapia, pelo que existe substancial evidência de que as suas percepções, expectativas e preferências relacionam-se com os resultados finais.

A partir da perspectiva do paciente, actualmente em terapia, em contexto naturalístico, o objectivo da presente dissertação é explorar, diferenciar e compreender os processos que ocorrem dentro de sessão relacionados com micro-mudanças (processos de mudança), bem como, as capacidades e competências resultantes, que são demonstradas e generalizadas no quotidiano (mecanismos de mudança).

Para tal, foi utilizada uma metodologia qualitativa, de carácter exploratório, com uma amostra de 15 participantes. Através do método de Análise Temática foram encontradas três categorias gerais: Processos de Mudança do Paciente, Processos de Mudança da Terapia e Mecanismos de Mudança.

Entre várias categorias, *aumento da consciência da experiência e do Self* e *construção de novos significados relativos à experiência e ao Self* como processos de mudança facilitadores, que ocorrem dentro de sessão. A *comunicação terapêutica* e a *promoção de novos significados* são os processos de mudança da terapia mais reportados. Por fim, a *implementação de acções reparadoras* e *compromisso com o trabalho terapêutico e crescimento psicológico* traduzem os mecanismos de mudança, manifestadas fora de sessão.

Conclui-se que os participantes foram capazes de verbalizar as suas percepções e as suas opiniões acerca das suas mudanças, do trabalho realizado em sessão e do impacto do mesmo no quotidiano, como mudanças intermédias no seu processo terapêutico.

São consideradas limitações e implicações para a investigação futura e prática clínica.

Palavras-chave: Perspectiva do paciente; Processos de mudança do paciente; Processos de mudança da terapia; Mecanismos de mudança; Contexto naturalístico

Abstract

In recent years, there has been a shift towards the recognition of the patient's role as an active participant in Psychotherapy. There is also a substantial amount of evidence that many patient's perceptions, expectations and preferences do relate to outcome.

Learning from patient's perspective, currently in naturalistic settings, the general goal of this thesis is to explore, differentiate and understand the in-session processes related to change at the session level (change processes), as well as the resulting capacities or skillful means, as manifested and generalized in daily life (change mechanisms).

A qualitative methodology and exploratory was used to collect data from 15 participants. Using a Thematic Analysis, three main categories were filled: Client Change Processes, Therapy Change Processes and Change Mechanisms.

Among several categories, the results highlight *increased awareness of Self and experience*, as well *new meaning making regarding Self and experience* as helpful change processes that occur in-session. *Therapeutic communication* and *promotion of new meaning making* are the most reported therapy change processes. *Implementation of repairing actions* and *commitment to the therapeutic work and psychological growth* reflect the top change mechanisms expressed out-session.

In conclusion, it was clear that patients were able to express their own perceptions and opinions about their changes, their work in sessions and the impact in daily life, as intermediate results of their therapy processes.

Limitations of this study are presented and clinical, theoretical and future research implications are discussed.

Key-words: Client's perspective; Patient change processes; Therapy change processes; Change mechanisms; Naturalistic psychotherapy; Qualitative methodology

Índice

Introdução	1
I. Revisão de Literatura	3
1. O Papel do Paciente em Psicoterapia e na Investigação	3
1.1. O papel do paciente em Psicoterapia.....	3
1.2 A importância de considerar a perspectiva do paciente em investigação.....	4
2. Processos de Mudança, Mecanismos de Mudança e Resultados Finais	6
3. Investigar Processos de Mudança e Mecanismos de Mudança.....	9
II. Metodologia	13
1. Procedimento e Participantes	14
2. Instrumento.....	15
3. Procedimento de Análise de Dados	16
III. Apresentação dos Resultados	18
IV. Resultados e Conclusões	25
Referências Bibliográficas	36

Índice de Anexos

Anexo A – Guião Semi-estruturado da “Entrevista sobre Processos e Mecanismos de Mudança”

Anexo B – Consentimento Informado

Anexo C – Tabela 1: Subcategorias dos Processos de Mudança do Paciente identificados pelos participantes, com total de fontes e referências

Anexo D – Tabela 2: Subcategorias dos Processos de Mudança do Paciente identificados pelos participantes, com total de fontes e referências

Anexo E – Tabela 3: Subcategorias dos Mecanismos de Mudança identificados pelos participantes, com total de fontes e referências

Introdução

Tanto para terapeutas, como para investigadores, a compreensão dos processos e mecanismos de mudança é cada vez mais relevante no que toca à promoção de processos terapêuticos eficazes. No entanto, Horenstein, Houston e Holmes (1973) colocam a seguinte questão: “Devemos utilizar a perspectiva dos pacientes ou dos seus terapeutas para determinar a eficácia de processos psicoterapêuticos?”.

As percepções dos pacientes sobre o processo terapêutico podem ajudar a compreender os processos e mecanismos de mudança terapêutica em geral, tendo em conta que, muitas vezes, o que é descrito pelos pacientes acerca de diversos aspectos da terapia difere bastante da perspectiva dos terapeutas (Horenstein, Houston & Holmes, 1973; Macran, Ross, Hardy & Shapiro, 1999; Elliott, 1986; Elliott & James, 1989).

Se o paciente for visto como um "co-autor", tendo um papel activo no processo de mudança em terapia, pode contribuir decisivamente para a explicação dos processos e mecanismos de mudança.

Assim, estas percepções podem ajudar os clínicos a compreender o que funciona em terapia, como funciona com cada paciente, e qual a fenomenologia da mudança. Contribuem também para o diálogo sobre o papel dos factores específicos e comuns em terapia e para a construção e revisão de teoria e modelos sobre (promoção de) mudança clínica. Por fim, estas percepções podem contribuir para a promoção de uma maior ligação entre a prática e investigação, particularmente em contexto naturalístico, partindo do pressuposto que existe uma grande heterogeneidade de pacientes e que a linguagem é suficientemente transteórica e compreensiva.

Considera-se assim pertinente averiguar as percepções dos pacientes acerca das experiências vivenciadas em sessão, visto que são os pacientes, mais do que os terapeutas, que implementam o processo de mudança (Bergin & Garfield, 1994)

O presente estudo tem como objectivo explorar, diferenciar e compreender as percepções dos pacientes relativamente às experiências de transformação sentidas durante as sessões (processos de mudança do paciente), como recebem e processam os recursos oferecidos pelos terapeutas durante o trabalho das sessões (processos de mudança da terapia), bem como, as capacidades e competências adquiridas em terapia, manifestadas e generalizadas no quotidiano (mecanismos de mudança).

Para tal, foi utilizada uma metodologia qualitativa, de carácter exploratório, com o recurso a um guião de entrevista semi-estruturada, e uma amostra de 15 participantes a realizar um processo psicoterapêutico, com mais de 4 sessões, em contexto naturalístico.

Os dados recolhidos foram analisados segundo o Método de Análise Temática (Braun & Clarke, 2006) de forma a responder aos presentes objectivos.

I. Revisão de Literatura

1. O Paciente em Psicoterapia e na Investigação

1.1 O papel do paciente em psicoterapia.

Desde que em 1952 Hans Eysenck desafiou a influência da terapia, a evidência acumulativa de diversos estudos de eficácia mostram que a terapia é eficaz comparativamente à ausência de intervenção, intervenções informais, remissão espontânea, listas de espera e grupos de controle placebo (Bergin & Lambert, 1978), pelo que Lambert e Ogles (2004) demonstram que no fim do processo terapêutico, o paciente encontra-se significativamente melhor do que 80% dos pacientes não submetidos a intervenção.

Não só a psicoterapia é eficaz, bem como, os efeitos parecem ser duradouros. Ou seja, estudos de follow-up indicam que, independentemente da modalidade de terapia, grande parte dos pacientes que apresenta melhorias numa fase inicial da terapia são capazes de as manter (Bergin & Garfield, 1994).

Por sua vez, existem investigações que demonstram a existência de benefícios duradouros numa fase precoce da terapia. Mais especificamente, Lambert (2013) sugere que melhorias podem ser alcançadas entre 12 a 14 sessões, pelo que estes pacientes evidenciam os seus ganhos nos follow-ups, dois e três anos após o término da psicoterapia. Anderson e Lambert (2001) referem também que 50% dos pacientes com múltiplos diagnósticos mostram melhorias após 7 sessões de psicoterapia.

Nesta linha de pensamento, de acordo com Lambert (2013), a eficácia, que se reflecte pós-intervenção e nos anos seguintes, parece aumentar quando as mudanças dos pacientes são monitorizadas ao longo das sessões, ocorrendo entre 17% a 40% dos pacientes estudados, numa mediana de 5 sessões.

Tendo em conta as conclusões supra-mencionadas, o mesmo autor (2013) considera que o facto de existir benefícios duradouros numa fase precoce da terapia, em diversas modalidades, sugere que existem mecanismos que envolvem algum tipo de reorganização do Self, que são altamente dependentes das características do paciente. Portanto, Clarkin e Levy (2004) defendem que se torna premente considerar uma visão mais dinâmica da relação terapeuta-paciente pois, desde o início da terapia, as variáveis do paciente interagem com as variáveis do terapeuta e da intervenção.

Efectivamente, nos últimos anos tem havido um foco no reconhecimento do papel do paciente enquanto participante activo na psicoterapia (Bohart & Wade, 2013), pelo que

Bergin e Garfield (1994) defendem que é o paciente, mais do que o terapeuta, que implementa o processo de mudança.

Neste contexto, Lambert (1992) encontra “factores extraterapêuticos”, que consistem em factores do cliente e da sua vida, que explicam 40% da variância do resultado da psicoterapia. Posteriormente, Wampold (2001) estima que todos os factores de terapia combinados contam para cerca de 13% da variância do resultado, sendo os restantes 87% devido ao paciente (Wampold, 2010). Estudos mais recentes mostram que 40% da variância do resultado da psicoterapia é inexplicável e atribuem 30% ao paciente e os restantes 30% aos factores combinados (Norcross & Lambert, 2011). Compreende-se assim que as variáveis ou factores dos pacientes são grandes preditores de melhorias (Orlinsky, Rønnestad & Willutsky, 2004).

Ao considerarmos que as diferenças na eficácia terapêutica entre as diferentes escolas teóricas empiricamente testadas raramente são encontradas (Bergin & Garfield, 1978; Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001), podemos afirmar que os pacientes beneficiam de uma variedade de abordagens terapêuticas, dado que são aprendizes activos e solucionadores de problemas, que contribuem para o processo e eficácia terapêutica (Bohart & Wade, 2013). Além disso, Beutler e colegas (2004) explicam que a razão pela qual ainda não foi encontrada uma relação directa entre as intervenções e resultados deve-se ao facto de os pacientes reagirem de diferentes formas a diferentes intervenções.

1.2 Importância de considerar a perspectiva dos pacientes na investigação.

É visível na literatura o consenso acerca da eficácia da terapia e o elevado contributo do paciente para a mesma. No entanto, Horenstein, Houston e Holmes (1973) colocam a seguinte questão: “Devemos utilizar a perspectiva dos pacientes ou dos seus terapeutas para determinar a eficácia da psicoterapia?”.

Investigações iniciais baseavam-se na perspectiva do terapeuta acerca das mudanças obtidas, dado que a perspectiva dos pacientes era interpretada negativamente (Bohart & Wade, 2013; Horenstein, Houston & Holmes, 1973).

Macran, Ross, Hardy e Shapiro (1999) reviram alguns estudos que apontam diversas razões para a diminuta importância atribuída à perspectiva dos pacientes, nomeadamente: 1) os pacientes não são capazes de fornecer julgamentos objectivos e fidedignos acerca da sua terapia, devido ao seu estado mental; 2) os pacientes podem não estar conscientes da utilidade da sua terapia; 3) os pacientes podem, consciente ou inconscientemente, distorcer os seus relatos experienciais; 4) os pacientes não são qualificados o suficiente para avaliar as várias componentes da experiência terapêutica. Portanto, as crenças, transferências, distorções e até

perturbações dos pacientes, eram vistas como negativas ao que é “suposto” em terapia (Bohart & Wade, 2013).

Se, no passado, era assumido que o terapeuta estava melhor capacitado para avaliar o progresso terapêutico, havendo um foco nas intervenções e na forma como os pacientes respondiam às mesmas, nos últimos anos, de acordo com Bohart e Wade (2013), houve uma mudança de paradigma, na medida em que se olha cada vez mais para o lado interactivo do paciente e para a sua perspectiva acerca da terapia e mudanças obtidas.

Neste sentido, Strupp (1996) afirma: “os pacientes podem exagerar nos seus benefícios ou distorcer as suas recordações mas, a não ser que estejam delirantes, não existe motivos para questionar os seus relatos”.

Diferentes autores argumentam as vantagens de se considerar a perspectiva dos pacientes. Bohart & Wade (2013) consideram que as perspectivas e crenças dos pacientes correlacionam-se positivamente com o resultado final da terapia, dado que a forma como os próprios constroem a terapia constitui-se num factor crucial ao longo do processo terapêutico. Ainda neste sentido, a evidência sugere que a qualidade da aliança terapêutica, particularmente a percepção dos pacientes acerca da mesma, e a qualidade da participação na terapia são determinantes na eficácia terapêutica (Macran, Ross, Hardy & Shapiro, 1999; Horvath, 2013).

Importa ainda referir que, por vezes, as perspectivas dos pacientes acerca de diversos aspectos da terapia difere bastante das perspectivas dos terapeutas (Horenstein. Houston & Holmes, 1973; Macran, Ross, Hardy & Shapiro, 1999; Elliott, 1986; Elliott & James, 1989). Exemplificando, alguns estudos mostram que os pacientes tendem a enfatizar aspectos de confiança e resolução de problemas como sendo os mais úteis na sua terapia, enquanto os terapeutas tendem a enfatizar insights cognitivos e afectivos, que assumem que os seus pacientes conquistaram com a sua terapia (Elliott, 1986; Elliott & James, 1989). Porém, para Horenstein, Houston e Holmes (1973) os pacientes são melhores avaliadores do que os seus terapeutas, na medida em que estão em melhor posição para avaliar mudanças no seu desconforto e sofrimento.

Desta forma, existem diversas abordagens ao estudo das perspectivas dos pacientes (Olivera, Braun, Penedo & Roussos, 2013). Alguns investigadores estão interessados na perspectiva dos pacientes acerca da sua intervenção, como um todo, através do estudo de aspectos facilitadores e impeditivos da mudança (Castonguay et. al, 2010). Por sua vez, existem outros investigadores que se envolvem no estudo do ponto de vista do paciente acerca de aspectos específicos da terapia, como a aliança terapêutica (Bachelor, 1995). Por fim,

alguns investigadores podem estar interessados em aspectos particulares do terapeuta como, a utilização de auto-revelações (Audet & Everall, 2010).

Ainda assim, importa clarificar o significado de considerar o ponto de vista dos pacientes. Macran, Ross, Hardy e Shapiro (1999) consideram que tal envolve dois aspectos: primeiro, o reconhecimento por parte dos investigadores de que os pacientes são indivíduos com as suas próprias crenças e valores, que contribuem activamente para o processo terapêutico; segundo, a tradução deste reconhecimento em acção, permitindo aos pacientes expressar as suas próprias experiências idiossincráticas.

Tendo em conta esta definição, os mesmos autores sugerem uma abordagem colaborativa, que permita aos pacientes estabelecer o que é importante e significativo na sua terapia, defendendo a ideia de que os investigadores não conseguem compreender as experiências do paciente e, conseqüentemente, compreender como é que a psicoterapia facilita a mudança, sem lhes perguntar.

Em suma, investigar o ponto de vista dos pacientes enquanto agentes activos, permite detectar situações que estejam a ser negligenciadas pelos investigadores e terapeutas ou até mesmo pelas suas teorias (Bohart & Wade, 2013), ajudar no debate de factores comuns e não-comuns em terapia, nas questões que nasçam sobre a natureza da mudança, como também sobre os factores necessários e suficientes, que possam ser a chave para o processo de mudança (Clarke, Rees & Hardy, 2004).

2. Processos de Mudança, Mecanismos de Mudança e Resultados Finais

Passado 50 anos, podemos considerar que o debate entre Eyesenk e Strupp relativamente à eficácia da psicoterapia está finalmente resolvido e que os conflitos entre os terapeutas de diferentes escolas teóricas têm diminuído (Horvath, 2013; Miller, Hubble, Chow, & Seidel, 2013; Wampold, 2013).

Através da análise da investigação em mudança psicoterapêutica resultante deste debate, Wampold (2013) refere que os resultados finais da psicoterapia têm sido associados ao sucesso das intervenções e à própria eficácia, ao nível da redução de sintomatologia. Esta visão é amplamente criticada pelo mesmo autor, visto que a mesma não abre espaço para investigar o bem-estar, a auto-actualização ou a satisfação marital, isto é, os aspectos positivos da vida.

Também a questão “Como funciona a terapia?” continua a dividir o campo de investigação em psicoterapia (Miller, Hubble, Chow, & Seidel, 2013).

Reunidos de um lado, estão os investigadores que defendem que as intervenções eficazes contêm ingredientes específicos que ajudam a melhorar as dificuldades apresentadas

pelos pacientes, sendo os ensaios clínicos standardizados as principais formas de investigação. Posteriormente, os resultados encontrados servem o propósito de criar *guidelines*, manuais e listas de tratamentos empiricamente suportados (“ESTs”). Outros investigadores insistem que os factores ou mecanismos comuns a todas as abordagens, independentemente das teorias ou técnicas, são os responsáveis pela mudança, pelo que a relação terapêutica é frequentemente citada como sendo o ingrediente transteórico mais responsável pelo resultado da intervenção (Horvath, 2013; Miller, Hubble, Chow, & Seidel, 2013).

Neste contexto, de acordo com Wampold (2013), existem diversas teorias de como a psicoterapia gera a mudança. Porém, a preocupação reside na questão se tais teorias explicam realmente como as pessoas mudam, dentro e fora da terapia.

Já em 1986, Greenberg afirmou que a pesquisa sobre *processos de mudança* em psicoterapia é necessária para explicar como é que a psicoterapia produz mudança, tendo como objectivo ultrapassar a dicotomia entre processo e resultado (Kiesler, 1983, citado por Greenberg, 1986), dado que na investigação acerca da mudança terapêutica encontramos frequentemente dois grupos predominantes: os investigadores de *resultados* e os investigadores de *processo*, que aparentemente pouco interagem entre si (Doss, 2004; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

Na *investigação de processo*, a ênfase está em estudar o que acontece em terapia, especificamente em termos de comportamentos do paciente, terapeuta e da sua interacção. Por sua vez, a *investigação de resultado* refere-se ao estudo das mudanças que ocorrem como resultados dos processos, normalmente por comparação entre os resultados obtidos nas medidas utilizadas antes e depois da terapia (Greenberg, 1986; Hill, 1993).

Considerando os processos de mudança como foco de investigação, o objectivo está em identificar, descrever, explicar e prever os efeitos dos processos que trazem mudança terapêutica (*investigação processo-resultado*) (Greenberg, 1982, 1986).

Porém, tal não significa que os resultados apenas possam ser medidos no fim da terapia ou em estudos de follow-up (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Isto é, para Greenberg (1986) é possível identificar três tipos de resultados ou mudanças ao longo do processo, nomeadamente, *resultados imediatos* (“immediate outcomes”), que ocorrem durante as sessões, *resultados intermédios* (“intermediate outcomes”), que se caracterizam por mudanças extra-sessão em comportamentos-alvo, e *resultados finais* (“final outcomes”), avaliados no fim da terapia.

Por conseguinte, Crits-Christoph, Gibbons e Mukherjeed (2013) afirmam que as investigações de processo-resultado têm sido conduzidas com o objectivo de responder à

questão “O que acontece durante as sessões de psicoterapia que ajuda os pacientes a melhorar o seu funcionamento, a reduzir os sintomas e a aproveitar melhor a vida?”.

Em 2004, Doss referiu que dentro desta linha de investigação pode incluir-se processos e mecanismos de mudança. Na sua óptica, os *processos de mudança* referem-se a aspectos da terapia, que ocorrem durante as sessões e que criam subsequentemente melhorias nos mecanismos de mudança. Por sua vez, os processos de mudança podem ser classificados como *processos de mudança da terapia*, que se caracterizam por intervenções directas do terapeuta, hipotetizadas como “ingredientes activos” da terapia e que ajudam a promover a mudança imediata no paciente e, *processos de mudança do paciente*, que inclui comportamentos ou experiências que ocorrem como resultado directo desses processos da terapia, e que se espera que levem a alterações nos mecanismos de mudanças.

No entanto, para o mesmo autor (2004), importa referir que diversos processos de mudança da terapia podem contribuir para o mesmo processo de mudança do paciente (a activação emocional e treino de competências comunicacionais podem aumentar a frequência de comportamentos positivos). Para além disso, processos de mudança do paciente podem ocorrer sem que haja uma influência directa de processos da terapia (o paciente pode tornar-se mais tolerante a estados disfóricos após iniciar uma relação amorosa) e, finalmente, existe a possibilidade de os processos de mudança da terapia não influenciarem os processos de mudança do paciente, como seria hipotetizado (elicitare e testar os pensamentos automáticos do paciente pode não contribuir para a substituição dos mesmos).

Neste seguimento, os *mecanismos de mudança* são mudanças intermédias nas características do paciente, que não estão sob influência directa do terapeuta, e que levam a melhorias nos resultados finais da terapia. Assim, estes mecanismos são mudanças generalizáveis na vida do paciente e não são resultados imediatos dos processos de mudança da terapia (Doss, 2004).

Outros autores definem mecanismos de mudança como eventos ou processos que explicam a mudança e, desta forma, constituem-se como mediadores que explicam mudanças em constructos medidos, tais como as capacidades, funcionamento ou competências (Kazdin 2007; Johansson & Høglend, 2007). No entanto, nem todos os mediadores são considerados mecanismos, visto que os mediadores são variáveis do processo terapêutico e os mecanismos são específicos dos processos dos pacientes (Conceição, 2010).

Ou seja, podemos considerar que os processos de mudança caracterizam-se pelos ingredientes activos e pelo que os pacientes fazem em sessão. Já os mecanismos de mudança definem-se pelas competências e capacidades do paciente que são manifestadas no seu quotidiano.

Apesar da clarificação e distinção de Doss (2004) quanto aos dois conceitos, é visível na literatura a indiferenciação conceptual dos mesmos. Por exemplo, Crits-Christoph, Gibbons e Mukherjeed (2013) consideram que as mudanças que ocorrem no paciente fora de sessão são desencadeadas pelos eventos que ocorrem dentro das sessões e, que nesse sentido, poderão ser consideradas como parte integrante dos processos de mudança.

Tal indiferenciação tem consequências ao nível da condução de estudos empíricos. Exemplificando, Conceição (2010) faz uma revisão de diversos estudos acerca de mecanismos de mudança encontrados em diferentes abordagens teóricas, com pacientes com perturbação da personalidade Borderline, e de estudos no âmbito de mecanismos de mudança, empiricamente encontrados, comuns a todas as abordagens. O mesmo autor (2010) conclui que no estudo levado a cabo por Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo e Linehan (2006), acerca de mecanismos de mudança na Terapia Comportamental Dialética, os autores não são claros na diferenciação entre mecanismos e as operações dos terapeutas, isto é, processos de mudança da terapia para Doss (2004).

Em suma, segundo Doss (2004), deve-se diferenciar ambos os conceitos e integrar o estudo dos processos e dos mecanismos de mudança, uma vez que se calcula que os primeiros conduzem aos segundos e que estes são potencialmente responsáveis pelos resultados finais. De forma a não confundir ambos, os mecanismos de mudança devem ser medidos fora das sessões de terapia.

3. Investigar Processos de Mudança e Mecanismos de Mudança

Hill (2013) considera que os investigadores de processos de mudança começaram a recorrer mais ao uso de metodologias qualitativas com o objectivo de responder aos criticismos acerca da relevância deste foco de investigação. Assim, a própria revê (2013) diversas metodologias qualitativas que surgiram ao longo dos anos: 1) Estudos de caso; 2) Análise sequencial; 3) Análise de eventos significativos; 4) Análise de tarefas (“Task analysis”); 5) Abordagens exploratórias; e 6) Métodos qualitativos (grounded theory).

Para Hill, Chui e Baumann (2013), a voz dos pacientes, recorrendo ao uso de metodologias qualitativas constitui uma forma de se verificar em que medida os resultados finais são representativos de mudança significativa.

Neste sentido, Elliott (2010) refere que a investigação de processos de mudança (“Change Process Research”), permite compreender os processos pelos quais a mudança ocorre e constitui um complemento necessário à investigação de resultados finais ou de eficácia, bem como, aos ensaios clínicos.

Greenberg (1986) descreve dois tipos de investigação de processos de mudança: (1) análise de eventos significativos (design de factores facilitadores) e (2) microanálise de sequências de comportamentos dos terapeutas e pacientes em sessão (design de processo sequencial) (Elliott, 2010). Por sua vez, na perspectiva de Elliott (2010), o design de eventos facilitadores torna-se apelativo, na medida em que é consistente com o movimento (“Ask the client”) dos utilizadores de serviços de saúde mental e fácil de conduzir em contextos naturalísticos.

Este tipo de análise consiste em perguntar aos pacientes o que acharam facilitador e impeditivo na sua terapia, podendo ser realizada através de uma entrevista após ou durante a intervenção (Change Interview, Elliott, Slatick, & Urman, 2001) ou através de um questionário pós-sessão, que tende a ser de resposta aberta e, ocasionalmente, acompanhado de medidas objectivas (Elliott, 2010; Heatherigton, Constantino, Friedlander, Angus, & Messer, 2012).

Segundo Heatherigton e colegas (2012) existe alguma investigação substancial no âmbito das perspectivas dos pacientes acerca de factores facilitadores da terapia, pelo que através de múltiplos estudos, com recurso a diversas metodologias, os mesmos autores referem que os factores mais comuns, indicados pelos pacientes, são: *Auto-conhecimento/insight, auto-consciência, orientação por parte do terapeuta, responsabilidade, reafirmação, catarse, alívio, sentir-se compreendido*.

Neste contexto, Orlinsky e Howard (1975), com recurso a um questionário quantitativo (“Therapy Session Report”) encontraram as seguintes categorias de experiências facilitadoras: *mútua colaboração; ver o terapeuta como alguém emocionalmente presente; sentimentos de autonomia e introspecção; e exploração de relações significativas de uma forma orientada para o problema*.

Posteriormente, na revisão de literatura acerca das experiências dos pacientes em psicoterapia, Elliott e James (1989) referem que os *aspectos interpessoais da terapia* (características facilitadoras do terapeuta; auto-expressão do paciente e relação de suporte), bem como, as *tarefas terapêuticas* (auto-compreensão/insight; encorajamento do terapeuta para a prática de novas competências fora da terapia) foram mencionados como sendo os factores mais úteis na terapia (Heatherigton et al., 2012; Greenberg, 1999).

Numa meta-análise realizada de 14 estudos em terapia existencial centrada na pessoa, Greenberg, Elliott, e Lietaer (1994), encontraram 14 factores úteis em terapia, que organizaram em 4 categorias: *ambiente relacional positivo* (p. ex. empatia); *trabalho terapêutico do cliente* (p. ex. auto-revelação); *facilitação por parte do terapeuta do trabalho*

do paciente (p. ex. feedback); e *mudanças no cliente* (p. ex. sentimentos positivos). (Elliott, 2010; Heatherington et al., 2012).

Timulak (2007), numa meta-análise qualitativa de 7 estudos identifica 9 categorias de eventos significativos em sessão: *contacto pessoal; soluções comportamentais sobre problema/mudança; experiências de exploração de sentimentos/emoções; “empowerment”; alívio; sentimento de compreensão; envolvimento do cliente, suporte/segurança e consciência/insight/auto-compreensão.*

No que respeita aos mecanismos de mudança, segundo Doss (2004), a investigação dos mesmos deve ter um carácter exploratório, constituindo-se na primeira fase na investigação de processo-resultado, dado que se não houver influência dos mecanismos de mudança nos resultados finais, torna-se irrelevante estudar as relações existentes entre processos e mecanismos de mudança. Assim, também a partir de estudos qualitativos exploratórios é possível aceder às competências e capacidades dos pacientes, que são manifestadas no seu quotidiano.

Crits-Christoph, Gibbons e Mukherjeed (2013) fizeram uma revisão acerca dos mecanismos de mudança presentes em diferentes intervenções como, por exemplo, terapia cognitiva e psicodinâmica, com o objectivo de compará-los e compreender quais os mecanismos comuns e específicos às diversas psicoterapias. Porém, segundo Conceição (2010), nenhum dos mecanismos de mudança estudados revelou-se específico a um único modelo.

Nesta linha, Forster, Berthollier e Rawlinson (2014), elaboraram uma revisão sistemática de 21 estudos empíricos, com pacientes com perturbações da personalidade, acerca de potenciais mecanismos de mudança, nas seguintes abordagens teóricas: a) Psicoterapia focada na transferência; b) Terapia Cognitiva; c) Terapia Cognitiva Analítica; d) Terapia Focada no Esquema; e) Terapia Comportamental Dialética; f) Tratamento baseado na Mentalização. Os autores acrescentam que muitas destas abordagens foram desenvolvidas primeiramente para pacientes com perturbações da personalidade Borderline.

Os potenciais mecanismos de mudança identificados foram: a) *Aliança terapêutica*; b) *Resolução das rupturas na aliança*; b) *Interpretações do terapeuta*; c) *Funcionamento reflexivo ou mentalização*; d) *Utilização de competências*; e) *Regulação emocional*; f) *Organização da personalidade*; g) *Evitamento experiencial*; h) *Mudança cognitiva*.

Apesar de encontrarmos novamente a indiferenciação entre processos de mudança da terapia e mecanismos de mudança, os autores (2014) referem que o papel da aliança terapêutica foi o mecanismo que recebeu maior suporte empírico nas diversas abordagens, enquanto os mecanismos funcionamento reflexivo, interpretações, utilização de competências

e evitamento experiencial parecem ser associados a abordagens específicas. Por sua vez, o mecanismo mudança cognitiva, não se relacionou sequer com os resultados finais em pacientes com perturbação da personalidade borderline (Brown, Newman, Charlesworth, Crits-Christoph, & Beck, 2004, cit. por Forster, Berthollier, & Rawlinson, 2014).

Desta forma, Castonguay e Hill (2012) consideram que o estudo dos factores comuns ou princípios gerais entre as diversas abordagens teóricas, pode facilitar o entendimento existente acerca de mecanismos de mudança, tal como já apontado por Conceição (2010).

Não obstante do reconhecimento da eficácia terapêutica, do papel activo do paciente para a implementação de mudança, bem como, dos benefícios em considerar a perspectiva dos pacientes na investigação, torna-se premente utilizar a “voz” dos pacientes como veículo da compreensão dos processos e mecanismos de mudança que contribuem para os resultados finais em psicoterapia. O presente estudo, para além de colmatar a indiferenciação presente em muitos estudos empíricos, entre processos e mecanismos, pretende criar uma maior ligação entre a prática clínica e a investigação, na medida em que recorre à heterogeneidade de pacientes, presente em contexto naturalístico.

II. Metodologia

Na presente investigação, é utilizada uma metodologia qualitativa, de carácter exploratório, dado que pretendo articular a teoria com a prática clínica, a partir dos dados empíricos recolhidos.

McLeod (2001) considera que o objectivo da investigação qualitativa em psicoterapia é “desenvolver uma compreensão acerca da forma como o mundo da terapia é construído e, ao fazê-lo, tem o potencial de facilitar a desconstrução e construção crítica sobre como a terapia é e como funciona”. Também de acordo o mesmo autor (2012), esta metodologia torna-se bastante apelativa para os investigadores, clínicos e para os próprios estudantes, na medida em que os aproxima do fenómeno a ser estudado e da experiência vivida em terapia, através da “voz” aos pacientes (ou terapeutas).

Nesta linha de pensamento, Hill, Chui e Baumann (2013) referem que o uso de questões com resposta aberta, constitui-se num valioso recurso, na medida em que permite aos participantes explorar e descrever a sua experiência subjectiva. Por sua vez, Conceição (2010), defende que este tipo de metodologia facilita o estudo em psicoterapia em contexto naturalístico, algo pouco presente na investigação porém em crescente expansão.

Por fim, os investigadores qualitativos comprometem-se com análises intensivas dos dados, visto que este processo não é linear e requer alternância de fases. Mais especificamente, os investigadores revêm os dados e as suas interpretações diversas vezes, a partir de múltiplas perspectivas (Hill, Chui, & Baumann, 2013).

Assim, a questão central deste estudo é: Na perspectiva dos pacientes, a realizar um processo psicoterapêutico em contexto naturalístico, quais os eventos ou aspectos dentro e fora das sessões que promovem a mudança terapêutica? A partir desta questão derivam-se outras duas questões de investigação que se articulam entre si: Quais são os processos de mudança do paciente e da terapia relatados pelos pacientes? Quais são os mecanismos de mudança relatados pelos pacientes?

Assim, utilizando uma abordagem qualitativa exploratória, pretende-se com o presente estudo:

- Sistematizar e descrever os processos de mudança da terapia e do paciente, tal como descritos pelos pacientes num processo psicoterapêutico em contexto naturalístico, em linguagem clara;
- Sistematizar e descrever os mecanismos de mudança, tal como descritos pelos pacientes num processo psicoterapêutico em contexto naturalístico, em linguagem clara.

- Valorizar a importância das percepções dos pacientes, recolhendo-as para colocar ao serviço da corroboração ou revisão de teoria de mudança em psicoterapia;

Na secção seguinte, irei elaborar uma descrição mais exaustiva do desenho de investigação elaborado com o objectivo de dar resposta à questão e objectivos de investigação.

1. Procedimento e Participantes

Para a realização deste estudo foi criada uma plataforma *on-line*, em funcionamento no período de Julho a Setembro de 2014. Na referida plataforma foi colocado o instrumento utilizado para o presente estudo, o Guião Semi-estruturado da “Entrevista sobre Processos e Mecanismos de Mudança”, construído pelo Professor Dr. Nuno Conceição (ver anexo A).

Os participantes do estudo foram convidados a participar através de uma lista de e-mails dos terapeutas que trabalham em contexto naturalista, pelo que deviam preencher as seguintes condições: ter mais de 18 anos e estar actualmente a realizar um processo psicoterapêutico, com mais de 4 sessões.

Antes de poderem participar no estudo, os participantes tinham de preencher os seguintes dados para a caracterização demográfica: sexo; idade; nacionalidade; grupo racial ou étnico (caucasiano; africano; caucasiano-africano; asiático); nível de educação (ensino fundamental; ensino secundário; ensino superior; licenciatura; mestrado; doutoramento); ocupação profissional actual; experiência(s) de psicoterapia(s) anterior(es) e duração aproximada dela(s); tempo na psicoterapia actual (mais de 4 sessões e menos de 3 meses; entre 3 e 6 meses; entre 1 a 3 anos; entre 3 a 5 anos; mais de 5 anos); modalidade da actual terapia (semanal; quinzenal; outro), bem como, tipo ou modelo de terapia.

O tempo de participação variava, dependendo do seu estilo de comunicação e quantidade de informação que desejavam partilhar, podendo sempre voltar a responder ao questionário até o terminar, através do link disponibilizado.

O material recolhido foi trabalhado cuidadosamente de forma a manter o anonimato dos pacientes, e a sua participação não foi revelada ao respectivo terapeuta. Ao longo do processo foi seguido estritamente o código de ética da Associação Americana de Psicologia (APA). Todos os participantes deram o seu consentimento informado (ver anexo B) à participação no presente estudo.

Nesta investigação foi utilizada uma amostra composta por 15 participantes. Dos 15 participantes, 93.33% (n=15) eram do sexo feminino e 6.67% (n=1) do sexo masculino, tendo idades compreendidas entre os 23 anos e 47 anos, com uma média de 31 anos.

Quanto à nacionalidade e raça, 100% (n=15) dos participantes eram portugueses e caucasianos, respectivamente. Da totalidade da amostra, 40% (n=6) era Licenciado, 40% (n=6) tinha o grau de Mestre e 20% (n=3) frequentou o Ensino Secundário. Relativamente à ocupação actual, 46.67% (n=7) está actualmente empregado, 40% (n=6) é estudante e 13.33% (n=2) encontra-se desempregado.

No que respeita à experiência actual de psicoterapia, 33.33% (n=5) dos participantes está em psicoterapia há mais de 6 meses e há menos de um ano, 26.67% (n=4) há mais de 1 ano e há menos de 3 anos, 20% (n=3) tem mais de 4 sessões e menos de 6 meses, 13.33% (n=2) tem entre 6 meses e ano e, por fim, 6.67% (n=1) está a realizar um processo psicoterapêutico com mais de 5 anos. Relativamente à modalidade da terapia actual, 53.33% (n=8) relata ter sessões semanalmente, 33.33% (n=5) quinzenalmente e 13.33% (n=2) tem duas vezes por semana.

Por fim, 60% (n=9) da amostra teve experiências anteriores de psicoterapia.

2. Instrumento

O guião semi-estruturado da “Entrevista sobre Processos e Mecanismos de Mudança” integra contributos de importantes investigadores de psicoterapia, como Robert Elliot, Lynn Angus e Thomas Mackrill e está dividido por duas partes, sendo constituído na sua totalidade por 7 questões de resposta aberta.

A primeira parte, designada por “Processos de Mudança do terapeuta & paciente em sessão”, é constituída por quatro questões. As duas primeiras estão relacionadas com a(s) sessão/sessões mais recente(s), para que a memória do participante lhe permitisse ser mais explícito e específico, e as restantes duas questões referem-se a todas as sessões até ao momento. Por sua vez, a segunda parte, intitulada por “Mecanismos de Mudança do paciente no quotidiano”, é constituída por duas questões, focando-se nas micro e macro mudanças sentidas pelo paciente até ao momento.

A primeira questão a ser explorada está relacionada com a(s) sessão/sessões mais recente(s) e os momentos específicos ou eventos da experiência em sessão. Pretende-se saber o que foi significativo para o paciente dentro das sessões terapêuticas, de que forma notou que algo estava diferente, como sentiu essa mudança e o que permitiu que esta ocorresse. Com a segunda questão, procura-se apreender de que forma é que na(s) sessão/sessões mais recente(s), o paciente achou que o terapeuta estivesse a facilitar a sua mudança. Mais especificamente, pretende-se compreender o que foi significativo em relação ao seu terapeuta, e como foi para o paciente receber esta ajuda, da mesma forma que se tenta explorar se existiu algo por parte do terapeuta que possa ter dificultado o processo de mudança.

A terceira questão pede para que o paciente descreva aspectos gerais da experiência que teve, assim como, os elementos mais notórios do que faz ou do que experiencia nas sessões. A quarta questão explora aspectos gerais em sessão do paciente, e do que este acha que o terapeuta faz. Quer entender-se como foi a experiência em relação ao seu terapeuta, bem como, possíveis obstáculos que estivessem a impedir o processo de mudança.

A quinta questão cinge-se às micro-mudanças do paciente, analisando coisas específicas e/ou novas que os pacientes tenham aprendido e tenham conseguido fazer de forma diferente no seu quotidiano, de forma a compreender como foi percebido a mudança: o que pensa/sente/faz de forma diferente e como nota estas mudanças comparado com anteriormente. Através da sexta questão pretende-se analisar macro-mudanças fora da sessão, e como o paciente se sente diferente desde o início da terapia.

Por fim, através da última questão tenta-se compreender de uma forma mais específica, como é que o participante relaciona o que acontece dentro das sessões de terapia com o que experiencia fora delas, no seu quotidiano. No final do questionário, foram elaboradas algumas perguntas extra, de forma a compreender como foi para o participante responder às questões propostas, quais os problemas ou sintomas que o levaram a procurar esta terapia, e qual o grau de motivação ao responder ao questionário.

3. Procedimento de análise de dados

O procedimento para a análise de dados foi baseado no método de Análise Temática (Braun & Clarke, 2006). Segundo os mesmos autores, este método analítico qualitativo tem como vantagem a sua flexibilidade, pelo que é independente de posições teóricas ou epistemológicas. Através da análise temática é possível identificar, analisar e reportar padrões (temas) entre os dados obtidos.

Seguindo os passos descritos por Braun e Clarke (2006), primeiramente, foi feita uma leitura inicial de todas as respostas de cada participante, para que houvesse uma familiarização com os dados obtidos. Nesta fase, foram também realizadas anotações com ideias emergentes.

De seguida, após a pré-análise dos dados, procedeu-se ao processo de codificação inicial, através do *software* NVivo 10, pelo que os dados foram “divididos, conceptualizados e reagrupados” em diferentes categorias (Strauss & Corbin, 1990). Estes dados, pertencentes a diferentes categorias, foram designados por referências.

A escolha deste *software* específico prendeu-se pela sua potencialidade em facilitar a criação de categorias e a codificação, permitindo também obter um registo histórico do processo e pesquisas múltiplas do material. Para além destas categorias, foi também formada

outra com “dados não codificados”, que se destinava a referências que pareciam não se inserir em nenhuma categoria criada inicialmente ou que pareciam não contribuir para o objectivo do estudo em questão.

Posteriormente, juntou-se as categorias em potenciais temas ou categorias de nível superior, que se definem por um “padrão na informação que, no mínimo, descreve e organiza as observações possíveis e, no máximo, interpreta aspectos do fenómeno” (Boyatzis, 1998). A identificação destes temas fez-se a um nível semântico, ou seja, através de padrões de conteúdo manifesto. Por sua vez, foi feita uma nova revisão dos temas, para verificar a adequação em relação aos excertos codificados (nível 1) e aos dados como um todo (nível 2). Por fim, os temas foram definidos e nomeados de forma clara.

Esta primeira análise foi realizada pela investigadora do presente estudo e caracterizou-se por um processo de análise temática indutiva ou “bottom-up” (Braun & Clarke, 2006), dado que as categorias e temas identificados foram fortemente relacionados com os dados obtidos.

Por sua vez, foi realizada uma segunda análise, na qual algumas categorias foram reagrupadas, e os temas foram re-definidos. Nesta ronda, houve um processo de análise temática dedutiva ou “top-down” (Braun & Clarke, 2006), na medida em que os temas ou categorias superiores foram identificados a partir da questão de investigação, dos objectivos do estudo, do instrumento utilizado e da literatura revista neste estudo. Mais especificamente, os dois temas principais (categorias superiores) foram designados por Processos de Mudança e Mecanismos de Mudança. Dentro do tema Processos de Mudança, identifiquei as categorias Processos de Mudança do paciente e Processos de Mudança da terapia (Doss, 2004)

Não obstante, com o objectivo de alcançar maior precisão, as categorias e os temas identificados foram novamente analisados pelo orientador da presente dissertação, com uma vasta experiência de investigação.

Por fim, foi realizada uma nova análise pela investigadora do presente estudo, recorrendo também a modelo específicos acerca da mudança em psicoterapia como, por exemplo, o Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), com o intuito de re-definir categorias a um nível maior de abstracção.

Portanto, considero que o procedimento para a análise de dados do presente estudo foi baseado no método de análise temática abductiva (Braun & Clarke, 2006), na medida em que as categorias e os temas foram identificados com base nos dados obtidos, na literatura revista e em modelos específicos acerca da mudança em psicoterapia.

De seguida, irei apresentar e discutir os resultados obtidos através deste procedimento.

III. Apresentação dos Resultados

Nesta secção pretendo explicitar os resultados obtidos. Para a seguinte apresentação de resultados é necessário ter em conta que foi criado um critério de hierarquização de relevância para as categorias que emergiram e que foram identificadas com base no método de Análise Temática Abdutiva (Braun & Clarke, 2006), nomeadamente: pouco relevante, se a categoria foi mencionada por menos de um 1/3 dos participantes/fontes (1-5); relevante, se referida por 1/3 e menos de 2/3 dos participantes/fontes (6-10); e muito relevante, se mencionada por mais de 2/3 dos participantes/fontes (11-15). Assim, apenas as categorias relevantes e muito relevantes serão detalhadas, com recurso a excertos dos participantes, que serão identificados por um número, de forma a manter o anonimato.

Os temas ou categorias superiores identificados foram: *Processos de Mudança do Paciente*, *Processos de Mudança da Terapia* e *Mecanismos de Mudança*, dado que iam ao encontro dos objectivos do presente estudo.

Dentro do hemisfério dos Processos de Mudança do Paciente, foram identificadas 37 subcategorias, das quais 6 primárias, 17 secundárias e 14 terciárias. Relativamente às subcategorias primárias, Aumentar a Consciência da Experiência e do Self e Construção de Novos Significados relativos à Experiência e ao Self foram consideradas muito relevantes (13 e 11 fontes, respectivamente), Confiança, Motivação e Estruturação da Relação e Regulação da Responsabilidade constituíram-se como relevantes (8 e 6 fontes, respectivamente) e, por fim, Implementação de Acções Reparadoras e Consolidação da Mudança mostraram-se pouco relevantes (3 e 1 fontes, respectivamente) (ver anexo C).

A subcategoria primária Aumentar a Consciência da Experiência e do Self (13 fontes), mostra que os participantes compreendem as suas dificuldades e conflitos internos e/ou interpessoais, bem como, os eventos que ocorrem em sessão, que facilitam a mudança pretendida. Dentro desta subcategoria, emergiu 1 subcategoria secundária muito relevante e 3 subcategorias secundárias relevantes: *Explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si*, *Partilhar a experiência imediata (emergente)*, *Compreensão da experiência* e *Consciência da terapia enquanto processo*, respectivamente (Quadro 2).

Explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si emergiu com 11 fontes, e refere-se à compreensão e capacidade de parar e abrandar, à exploração de necessidades e ao acesso emocional. Por sua vez, dentro desta subcategoria, *Aceder a Emoções e Sentimentos*, emergiu como relevante para os participantes. Como exemplo desta subcategoria, temos:

“Nas sessões mais recentes foi importante poder permitir-me sentir e estar com estados internos mais dolorosos, de tristeza, de possível desorganização,

estados internos menos elaborados (mais infantis) em que sinto que preciso de ser ouvida/aceite/reconhecida” (P1).

Por sua vez, a subcategoria secundária *Partilhar a experiência imediata (emergente)* surgiu com 8 fontes e revela que foi benéfico para os participantes abordar e explorar o que ia surgindo ao longo das sessões. Como exemplo temos:

“Cheguei às sessões com medo, insegurança, vergonha e tristeza por não ter conseguido trabalhar durante alguns dias e ao longo da sessão terapêutica fui obtendo algumas respostas que me apaziguaram internamente” (P15)

De seguida, a subcategoria *Compreensão da Experiência* (7 fontes) refere-se ao entendimento dos participantes, promovido pelas sessões, acerca dos acontecimentos, das dificuldades e do próprio sentir. Como exemplo, temos:

“Para mim a sessão faz sentido quando me compreendo, quando compreendo o que está a passar” (P2)

“Basicamente, sentamo-nos e falamos de situações que tenham criado alguma emoção que não me foi confortável. E desenvolvemos a partir daí ideias e conceitos associados a essas emoções” (P11).

Por fim, a subcategoria *Consciência da terapia enquanto processo* (6 fontes) relaciona-se com percepção da dificuldade em conquistar as mudanças desejadas e dos benefícios da terapia apesar dos momentos menos prazerosos. Como exemplo, temos:

“Há alturas em que saímos das consultas e sentimos disapproval do que a [] nos diz (eu sou um bocado sensível). Porque custa ouvir. É o que reprimimos cá dentro durante muito tempo. Mas se conseguirmos tomar atenção e efectuarmos a mudança necessária percebemos que precisávamos de ouvir aquilo.” (P13).

“Por vezes é duro ouvir esse diagnóstico do terapeuta, por fazer tanto sentido mas custar a aceitar que seja assim e que seja tão difícil de mudar.”

Por sua vez, a subcategoria primária Construção de Novos Significados Relativos à Experiência e ao Self, que descreve acontecimentos dentro de sessão que ajudaram a promover a construção de significados reparadores ou novas formulações. No que respeita a esta subcategoria, apenas duas subcategorias secundárias relevante, nomeadamente *Oferecer e*

receber novas perspectivas de Insight (6 fontes) e *Reconhecer padrões de funcionamento* (5 fontes). Como exemplo desta subcategorias secundárias temos, respectivamente:

“Descubro algumas facetas desconhecidas ou adormecidas em mim mas que poderão estar na origem das minhas dificuldades” (P15).

“Uma das coisas que mais me chama atenção é me perceber a falar e a usar as teorias que crio muitas vezes para me defender de sentir medo ou passar pelas emoções que tenho tido dificuldade. Para mim é sempre um momento importante perceber a forma como me auto-engano ou como confio fielmente naquilo que penso, e ver que sou capaz de começar, fora da sessão, a mudar de acção e não ser refém dessas ideias, teorias ou pensamentos” (P14).

Na subcategoria de nível primário, Confiança, Motivação e Restruturação da Relação (8 fontes), os participantes mostram a importância de sentir segurança e esperança nas sessões, bem como, o compromisso com a aprendizagem. Nesta subcategoria, emergiu como relevante a subcategoria secundária *Segurança* (8 fontes), que apesar de ter outras subcategorias, as mesmas não se mostraram relevantes. Como exemplo, temos:

“Nas últimas sessões sobressai a certeza de que não estou sozinho na minha caminhada” (P3)

“A ideia do sentido do que o meu terapeuta faz, faz-me sentido do ponto de vista teórico, mas essencialmente porque me sinto compreendida e há espaço” (P7).

“Mais cativante será, talvez, o facto de poder falar sem medos nem reservas e sem ser julgado” (P12).

“É significativo porque me ajuda ou possibilita a trabalhar questões de confiança e segurança no espaço terapêutico e no terapeuta, na medida em que ajuda a sentir que aquele poderá ser um espaço onde poderei sentir coisas intensas e dolorosas de forma mais segura” (P1).

Por fim, na subcategoria primária, Regulação da Responsabilidade (7 fontes), os participantes relatam a existência de consciência do seu papel activo e agência na terapia, bem como, nas suas próprias escolhas. Assim, com 5 fontes, emergiu a subcategoria secundária *Agente Activo no Processo Psicoterapêutico*. Dentro desta subcategoria, surgiu outra subcategoria terciária relevante, também com 5 fontes, *Investir tempo a decidir o que falar*. Como exemplo, temos:

“Como prática pessoal, tento escrever, após cada sessão, os pontos mais importantes que nela aconteceram e relê-los antes da sessão seguinte para que haja uma continuidade e maior eficácia no processo terapêutico” (P15).

“Normalmente em casa foco-me na escrita, nomeadamente poesia, para descrever o que sinto. Faço introspecções em casa e depois partilho com o terapeuta. Quando saí da sessão também reflecto sobre o que lá foi falado” (P6).

No que respeita ao tema Processos de Mudança da Terapia, foram identificadas 30 subcategorias, das quais 15 primárias e 15 secundárias. Relativamente às subcategorias primárias, Comunicação Terapêutica (10 fontes) surgiu como muito relevante e Promover Novos Significados emergiu como relevante (8 fontes). Já as subcategorias Trabalho de Casa, Intervenções Específicas, Compreensão das Dificuldades, Foco na Experiência Corporal, Foco nos Recursos, Promover a Autonomia do Paciente, Características Pessoais do Terapeuta, Contenção Emocional, Dúvidas do Terapeuta, Integrar o Passado e o Presente, Não Reforçar Padrões de Funcionamento e Reconhecer e Reparar Erros de Acção (Não) Terapêutica foram identificadas como pouco relevantes (ver anexo D).

A subcategoria primária, Comunicação Terapêutica refere-se à forma de comunicação que o terapeuta utiliza, bem como, ao ambiente que propicia. *Permanecer Presente* (6 fontes), *Sensação de Suporte*, (5 fontes), *Atender sem julgar* (5 fontes) e *Cumplicidade, Genuinidade e Valorização* (5 fontes) foram as subcategorias identificadas como relevantes. Como exemplo, temos, respectivamente:

“O que sinto sempre é que recebo a sua atenção e o seu pensamento sobre mim” (P4).

“A minha terapeuta leva-me com confiança a "sítios" da minha cabeça que me recusava a explorar. Enfrenta comigo os meus medos e nunca me sinto desamparada” (P10).

“O terapeuta está a ouvir, sem julgamento, aceita. Na minha opinião isso é significativo uma vez que cria, da minha parte, abertura para falar qualquer coisas que me passe pela cabeça. Muitas das outras pessoas com quem falamos, além de não ouvirem realmente acabam por também ter um papel crítico ou activo no que estou a dizer ou a pensar, ou seja, na realidade acabo por não chegar a conclusão nenhuma da minha parte, mas sim a ser guiada no meu pensamento pela opinião de alguém que pode não compreender realmente a dimensão ou profundidade do meu problema” (P2).

“Das primeiras sensações fortes que tive quando comecei a psicoterapia, era que afinal o que eu dizia tinha de facto importância e valor” (P4).

Por sua vez, a subcategoria primária, Promoção de Novos Significados (8 fontes) está relacionada com as operações que o terapeuta realiza, no sentido de clarificar experiências dos pacientes e de promover novas acções reparadoras. Dentro desta subcategoria, emergiu como relevante *Oferecer Nova Perspectiva*, com 6 fontes. Como exemplo temos:

“O meu psicanalista relacionou as duas questões, deixando no ar uma ideia que ainda não me é completamente clara, mas que me ficou na mente” (P4).

No tema Mecanismos de Mudança, foram identificadas 29 subcategorias: 8 primárias, 15 secundárias e 6 terciárias. No que respeita às subcategorias primárias, Implementação de Acções Reparadoras e Compromisso com o Trabalho Terapêutico e com o Crescimento Psicológico surgiram como muito relevantes (13 e 12 fontes, respectivamente), as subcategorias Consciência da Experiência e do Self e Construção de Novos Significados Relativos à Experiência e ao Self (6 fontes cada) como relevantes e, por fim, as subcategorias Consolidação da Mudança, Regulação da Responsabilidade, Rede Social como Ajudante no Processo e Restauração da Esperança como pouco relevantes (5, 4, 3 e 1 fontes, respectivamente) (ver anexo E).

No que respeita à subcategoria primária Implementação de Acções Reparadoras, que se relaciona com diferentes modos de ser estar e fazer, emergiu como subcategoria muito relevante *Eficácia Interpessoal* (12 fontes) e como relevante *Novas formas de Coping e de Resolução de Problemas* (6 fontes).

Dentro da subcategoria *Eficácia Interpessoal*, que reflecte competências de comunicação e de estar com o outros de forma mais autêntica e genuína, surgiram outras duas subcategorias terciárias relevantes, designadamente, *Asserção e Afirmação de si* (8 fontes) e *Melhor ligação com os outros* (5 fontes). Como exemplo de ambas as subcategorias, temos, respectivamente:

“Em pequenos pormenores como comunicar com um estranho, explicar algo complexo várias vezes a alguém sem me enervar, tomar iniciativa para fazer alguma coisa, ter interesse nas coisas, não ter medo de fazer perguntas, vejo que o dia se torna diferente” (P9).

“A maior mudança que senti foi a da libertação. Ser com os amigos o que realmente sou, mais alegre e mais espontânea” (P2).

Por sua vez, a subcategoria secundária *Novas formas de coping e de resolução de problemas*, reflecte as capacidades dos participantes em gerir diversas situações, ao nível da sua regulação emocional, comportamental e auto-cuidado, Como exemplos desta subcategoria, temos:

“Sinto que ainda há um longo caminho, aquilo que estou descobrir sobre mim própria tem-me permitido a não tomar decisões precipitadas a nível pessoal, como acontecia antes” (P7).

“As estratégias passam essencialmente por procurar mais apoio nos outros e procurar actividades que me dêem prazer” (P7).

“Percebo que a ansiedade faz parte da vida e arranjo mecanismos de lidar com ela” (P13).

A segunda subcategoria primária encontrada como muito relevante, Compromisso com o Trabalho Terapêutico e com o Crescimento Psicológico (12 fontes), caracteriza-se pela compreensão que os participantes demonstraram ter quanto à experiência da terapia e da sua própria trajectória de crescimento (benefícios, dificuldades ainda presentes, dificuldade em implementar mudanças e necessidade de futuros objectivos terapêuticos). Dentro desta subcategoria, foi apenas encontrada uma subcategoria secundária relevante, nomeadamente, *Psicoterapia como Ajudante no Processo* (7 fontes). Como exemplos desta subcategoria temos:

“Sinto que a terapia tem-me ajudado a reconhecer e a lidar melhor com traços da minha personalidade que me prejudicam no quotidiano e que são muito difíceis de alterar” (P15)

“A forma como me relaciono com os meus amigos mudou muito. A terapia não foi o único factor, mas contribuiu para incentivar e reforçar estas mudanças” (P8).

A subcategoria primária Consciência da Experiência e do Self (6 fontes), foca-se nas mudanças ao nível compreensão dos participantes quanto às suas capacidades/qualidades e na forma de estar consigo própria. Como exemplo, desta categoria temos:

“Acredito que neste momento sou uma pessoa mais forte para lidar com novas experiencias e desafios e que o conhecimento de mim dá-me ainda mais força e tranquiliza” (P2).

“Sinto melhor as minhas forças e fraquezas, tenho mais noção de mim, tenho menos necessidade de controlar o exterior” (P4).

De seguida, a subcategoria primária, Construção de Novos Significados Relativos à Experiência e ao Self (6 fontes), caracteriza-se pelas alterações nas percepções e perspectivas dos participantes, relativamente às diferentes experiências e ao próprio Self, o que permite a criação de novas explicações/visões. Como exemplos desta subcategoria, temos:

“Talvez a coisa mais significativa recentemente a forma como me vejo. Onde antes só conseguia ver " branco ou preto", agora vejo como sendo alguém mais completo que tem coisas boas e coisas más e momentos que foram difíceis” (P2)

“O que estava anteriormente indisponível, e que a psicanálise me tem vindo a proporcionar, é uma forma de me ver e de me sentir completamente diferente” (P4)

“Também conseguir ver a ansiedade chegar, saber que isto que sinto hoje tem um nome, é um antigo conhecido que mora comigo e em mim, mas que é conhecido. E portanto, reconhecer a sua presença e chamá-lo pelo nome, me possibilita estar desperta para o que este sentir traz... o que provoca em mim, em que estado me deixa, que tipos de impulsos e pensamentos despoleta” (P14).

IV. Discussão dos Resultados e Conclusão

Nesta secção serão discutidos os principais resultados alcançados no presente estudo e a sua relação com os objectivos propostos, assim como as principais limitações e implicações nos domínios da investigação e prática clínica em Psicoterapia.

O presente estudo contribui para a investigação em Processos e Mecanismos de Mudança em Psicoterapia, através das percepções dos pacientes que estão a realizar actualmente um processo psicoterapêutico, em contexto naturalístico.

Quanto aos objectivos propostos, verificamos que foi possível sistematizar e descrever os Processos de Mudança do Paciente, Processos de Mudança da Terapia e Mecanismos de Mudança, através do instrumento utilizado para o efeito, pelo que esses conceitos foram os principais temas/categorias superiores identificados. Para além da identificação destes temas, o mesmo instrumento, pela sua estrutura de questionário com perguntas de resposta aberta, permitiu que os participantes revelassem uma quantidade substancial de informação.

Tendo em conta o primeiro objectivo do presente estudo, considero que a descrição dos comportamentos e experiências que ocorrem durante as sessões, na perspectiva dos pacientes, poderão constituir-se num passo para a compreensão dos factores que promovem mudança terapêutica.

No que respeita ao Processos de Mudança do Paciente, todas as subcategorias primárias relevantes e muito relevantes, foram nomeadas com recurso às sete fases do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), dado que a um nível intermédio de abstracção, os processos de mudança reportados pelos participantes pareciam assemelhar-se a alguns objectivos terapêuticos estratégicos correspondentes às fases.

Segundo Vasco (2006), todas as escolas recorrem, quer de uma forma explícita ou implícita, a um “mapa” de sequência terapêutica, relativo a objectivos terapêuticos, que consequentemente, contribuem para o processo de tomada de decisão. Tendo em conta o carácter integrativo deste Meta-modelo, coloco a hipótese de alguns dos processos de mudança encontrados (semelhantes a objectivos terapêuticos) constituírem-se também como transversais a diversas orientações teóricas.

A subcategoria Aumento da Consciência da Experiência e do Self emergiu com o maior número de fontes, 13 em 15, pelo que os participantes parecem valorizar a exploração das situações relevantes, mais especificamente, aceder a emoções e sentimentos, partilhar a experiência imediata (emergente) e, por fim, compreender os diferentes acontecimentos e dificuldades sentidas.

Desta forma, os eventos reportados pelos participantes parecem assemelhar-se a alguns objectivos terapêuticos da fase 2 do Meta-modelo de Complementaridade

Paradigmática (Vasco, 2006) dado que nesta fase os objectivos, entre outros, são: diferenciar entre sentimentos, pensamentos e acções, diferenciar os problemas e aumentar a consciência das características, regras e conflitos do Self, o que parece acontecer nas sessões com estes participantes.

Além disso, a subcategoria *Aceder a emoções e sentimentos* parece também ir ao encontro da categoria *Exploração de Sentimentos/Emoções* que Timulak (2007) encontrou na sua meta-análise acerca de eventos significativos, na perspectiva dos pacientes.

Já a subcategoria *Partilhar a experiência imediata* (emergente) aparenta ir ao encontro do que Timulak (2007) referiu como categoria *Alívio*, na medida em que os participantes neste estudo, ao partilharem os seus receios, sentimentos e pensamentos com o seu terapeuta em sessão, pareciam obter alívio.

Por fim, 6 participantes relataram que tinham *Consciência dos benefícios da terapia apesar dos momentos menos prazerosos*. Segundo os excertos obtidos, coloco a hipótese de estes participantes estarem a referir-se à dor sentida nas sessões como dor produtiva, na medida em que, a longo prazo, potenciava mudança. Aliás, segundo Pascoal-Leone e Greenberg (2007), as emoções primárias disfóricas constituem-se na adaptação do ser humano, apesar de muitas vezes não serem desejáveis. Por outro lado, a dor integra uma das catorze necessidades psicológicas do Modelo de Complementaridade Paradigmática (Conceição, 2013), definindo-se como a capacidade de tolerar e dar sentido à dor psicológica produtiva.

A segunda subcategoria primária mais referenciada pelos participantes foi Construção de Novos Significados relativos à Experiência e ao Self, 11 em 15, pelo que os resultados parecem sugerir que os participantes apreciaram e consideraram que reconhecer padrões de funcionamento, bem como, oferecer ou receber novas perspectivas de insight, constituem-se como processos em sessão que propiciam a construção de significados reparadores e a formulação de novas ligações, objectivo estratégicos da fase 3 do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006).

Tendo em conta as duas subcategorias primárias supracitadas, as mesmas parecem ir ao encontro do que Timulak (2007) identificou como *Consciência/Compreensão/Insight*. Neste contexto, Elliott e James (1989) na sua revisão acerca das experiências dos participantes em Psicoterapia, reportaram a *Consciência/Insight* como um dos factores úteis em terapia. Por fim, Heatherington e colegas (2012) mencionam que o *Auto-conhecimento/Insight* se constitui num factor facilitador de mudança na perspectiva pacientes, em diversos estudos, com recurso a diversas metodologias.

Deste modo, os resultados discutidos até ao momento (ampliação da consciência da experiência e do Self e construção de novos significados) vão de encontro à literatura revista, o que me leva a colocar a hipótese do aumento de consciência por parte dos participantes ser visto como um aspecto que facilita a promoção de novos significados reparadores e, subsequentemente, a mudança desejada.

De seguida, a terceira subcategoria primária mais referenciada foi Confiança, Motivação e Estruturação da Relação (8 participantes), demonstrou que os participantes consideravam útil sentir *segurança* e esperança nas sessões, o que parece ir ao encontro do factor que Heatherigton e colegas (2012) encontraram na sua meta-análise de factores facilitadores. Por sua vez, este resultado é corroborado pela literatura, dado que Knox, Hess, Hill, Burkard e Crook-Lyon (2012) referem que o facto de os pacientes sentirem-se seguros e acarinhados contribui para experiências emocionais correctivas.

Novamente, as referências dos participantes vão ao encontro da fase 1 do Meta-Modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), sendo que um dos objectivos nessa fase é o de promover confiança, esperança, segurança e motivação.

Por fim, a última subcategoria primária dos processos de mudança do paciente, Regulação da Responsabilidade foi reportada por 6 dos 15 participantes e mostrou a perspectiva dos participantes quanto ao seu papel activo na terapia, bem como, nas suas próprias escolhas e decisões. Mais especificamente, 5 dos 15 participantes consideraram que ter um papel activo nas sessões e fora delas, na preparação das mesmas, poder ser benéfico para o processo e para a consequente mudança. Neste sentido, Timulak (2007) refere que o *Envolvimento do Cliente* constitui também um evento significativo.

Segundo Levitt, Beutler & Hill (2006, cit por. Levitt, 2014), num estudo qualitativo levado a cabo com pacientes a serem acompanhados por terapeutas de diversas orientações, revelou que 14 dos participantes preferia criar a sua própria agenda e objectivos de sessão, na medida em que não gostavam de terapeutas que “impunham” objectivos ou que desejavam um processo colaborativo, na decisão quanto aos objectivos.

Porém, a através dos excertos dos participantes, a minha hipótese não vai ao encontro dos resultados supramencionados, na medida em que no presente estudo, os participantes parecem ter uma visão da terapia como um processo co-construído. Ou seja, parece que os participantes não se vêem como meros recipientes de intervenções, por parte de um terapeuta com um papel activo (paradigma derivado do modelo médico, segundo Macran, Ross, Hardy e Shapiro, 1999).

No que diz respeito aos Processos de Mudança do Terapeuta que, segundo Doss (2014), se caracterizam por intervenções do terapeuta que levam a mudanças nos Processos de

Mudança do Paciente, apenas duas operações do terapeuta se mostraram relevantes para os participantes: Comunicação Terapêutica (10 participantes) e Promover Novos Significados (8 participantes).

A subcategoria principal de processo Comunicação terapêutica, caracteriza-se pelas percepções dos participantes quanto tipo de comunicação que o terapeuta utilizou nas sessões, bem como, o ambiente que propiciou e que facilitou os processos de mudança.

A operação do terapeuta *Permanecer Presente* foi a mais referenciada pelos participantes (6 em 15), pelo que este resultado específico parece ir ao encontro da categoria de experiência facilitadora, encontrada por Orlinsky e Howard (1975), *Ver o terapeuta como alguém emocionalmente presente*.

Segundo Geller, Greenberg e Watson (2010), é sabido que a relação terapêutica contribui para o processo de mudança e resultados finais. Porém, na sua perspectiva, a literatura não é muito clara no que diz respeito ao entendimento das atitudes benéficas do terapeuta e o impacto das mesmas no processo terapêutico e no desenvolvimento de uma aliança terapêutica positiva. Assim, a minha hipótese é a de que a presença do terapeuta tenha sido uma atitude benéfica para estes participantes, sendo que segundo o mesmo autor (2001) a presença envolve estar completamente emerso no momento, aberto e envolvido no encontro com o cliente.

Por sua vez, Promover novos significados emergiu como uma operação do terapeuta relevante, que se focava na clarificação das experiências dos participantes e na promoção de novos significados e que, segundo os resultados, os participantes pareceram valorizar e perceber como benéficas. Tendo em conta este “ingrediente activo” da terapia reportado pelos participantes e o segundo processo de mudança do paciente Construção de Novos Significados relativos à experiência e ao Self (especificamente Oferecer/receber nova perspectiva), coloco a hipótese deste processo de mudança da terapia ter contribuído directamente para o processo de mudança do paciente, tal como hipotetizado por Doss (2004).

Porém, para reforçar esta hipótese seria necessária uma análise mais detalhada, visto que o mesmo autor (2004) explica que diversos processos de mudança da terapia podem contribuir para o mesmo processo de mudança do paciente.

Por fim, a terceira operação do terapeuta mais referenciada pelos participantes foram os Aspectos que dificultam a mudança terapêutica (5 em 15). Apesar de não ser considerada como relevante, tendo em conta o critério escolhido, decidi discuti-lo. Esta subcategoria reportou-se a aspectos que desapontaram os pacientes ou que não foram ao encontro das expectativas dos mesmos.

Neste sentido, Castonguay e colegas (2010) levaram a cabo um estudo com terapeutas e pacientes em contexto naturalístico, acerca de aspectos facilitadores e dificultadores em psicoterapia. Através de medidas qualitativas, identificaram 4 aspectos dificultadores: *Pensamentos não desejados* (o paciente sente-se forçado a confrontar-se com experiências desagradáveis); *Omissão do terapeuta* (o terapeuta falha em providenciar suporte emocional ou estrutura); *Divagação* (quando o paciente sente que o terapeuta está a afastar-se de tópicos relevantes); *Pobre ajustamento* (quando o terapeuta tenta fazer algo que não encaixa na experiência do paciente ou para a qual ainda não está preparado).

No presente estudo e fazendo uma “micro-análise” das 6 referências mencionadas pelos 5 participantes (P2, P4, P7, P11 e P12), parece que os aspectos dificultadores reportados pelos mesmos podem assemelhar-lhe ao aspecto que Castonguay e colegas (2010) definem como *Omissão do terapeuta*, na medida em que os participantes reportaram mais situações nas quais sentiram que não estavam a ser ouvidos, ou que havia distância física (entre cadeiras) e na relação. Como exemplo de referência temos: “Desaponta-me apenas quando tento a sensação que não estou a ser ouvida, aí desconcentro-me e é um pouco mais difícil abrir-me na relação”; (P2).

Em relação do terceiro objectivo do presente estudo, foi possível sistematizar diferentes competências e capacidades já adquiridas pelos pacientes, generalizadas no seu quotidiano, o que poderá fornecer pistas explicativas para os factores que contribuem para a mudança terapêutica, isto é, pistas para responder ao “como” da terapia.

Quanto aos Mecanismos de Mudança identificados, 4 das 5 subcategorias primárias de mecanismos, nomeadamente Implementação de Acções Reparadoras, Consciência da Experiência e do Self, Construção de Novos Significados relativos à Experiência e ao Self e Consolidação da Mudança foram novamente identificados segundo as 7 Fases do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2007), pelo mesmo motivo que referi anteriormente nos Processos de Mudança do Paciente.

No que respeito à Implementação de Acções Reparadoras, 13 dos 15 participantes reportaram diferenças, sentidas fora de sessão, em modos de ser, estar e fazer. Mais especificamente ao nível da eficácia interpessoal e de novas formas de coping e de resolução de problemas. Considero que as mudanças reportadas pelos participantes assemelham-se aos objectivos estratégicos da fase 5 do Meta-Modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), na medida em que nesta fase se tenta, entre outros objectivos, promover o ensaio e implementação de acções que possam satisfazer necessidades não satisfeitas, flexibilizar modos de ser e relacionar-se consigo e com os outros de forma mais autêntica e gratificante.

Já a *eficácia Interpessoal*, parece assemelhar-se ao mecanismo de mudança *Utilização de Competências* (Forster, Berthollier, & Rawlinson, 2014) que se refere a competências ao nível da eficácia interpessoal, tolerância ao desconforto e regulação emocional. Apesar dos mesmos autores (2014) explicarem que este mecanismo tem recebido maior atenção por parte da Terapia Comportamental Dialética, os resultados obtidos parecem sugerir que este mecanismo pode ser transversal a diversas orientações, visto que o mesmo foi reportado por 12 participantes em 15.

Por outro lado, no que respeita às *Novas formas de Coping e de Resolução de Problemas*, a mesma parece ir ao encontro do mecanismo de mudança *Estratégias de Coping* (Gibbons et al., 2009), que se caracteriza pelas aprendizagens de formas mais satisfatórias de gerir situações ansiogénicas e de estratégias compensatórias, que permitem a resolução de problemas. Este mecanismo foi escolhido pelos autores (2009) para representar os modelos cognitivos de psicoterapia. Porém, os resultados encontrados no presente estudo, parecem sugerir que este mecanismo poderá revelar-se comum a diversas orientações. Na mesma linha de pensamento, Conceição (2010) referiu que os itens procuravam capturar a criação de novos significados e que, neste sentido, a flexibilidade cognitiva e resolução de problemas poderiam verificar-se como mecanismos comuns a diferentes abordagens.

Verifica-se assim com estes resultados, que a maioria dos participantes parece conseguir aplicar no seu quotidiano competências de estratégias de coping e de eficácia interpessoal e que estes mecanismos não são específicos de orientações teóricas. No entanto, tal sugestão carece de maior verificação empírica.

De seguida, 12 dos 15 participantes abordaram o Compromisso com o Trabalho Terapêutico e o Crescimento Psicológico, na medida em mostraram a sua consciência quanto às mudanças conquistadas, as dificuldades ainda presentes e até em implementar as mudanças terapêuticas. Porém, a terapia enquanto ajudante no processo de mudança foi a subcategoria mais significativa, o que parece indicar que os pacientes atribuem também as suas mudanças ao trabalho realizado nas sessões, num processo co-construído, como hipotetizei anteriormente no processo de mudança do paciente *Regulação da Responsabilidade*.

Apesar de não ter referido anteriormente a subcategoria secundária *Projeção de Objectivos Terapêuticos*, dado que apenas 2 participantes a mencionaram, tenho dois comentários a tecer. Em primeiro lugar, esta subcategoria demonstrou a necessidade dos participantes ainda mudarem algo em si como, por exemplo, “Sinto que tenho de me valorizar mais e dizer não ou basta quando tem de ser” (P12). A emergência de tal categoria parece ir ao encontro da literatura existente, na medida em que os pacientes têm as suas próprias expectativas, desejos e vontades (Duncan & Miller, 2000; Constantino, Ametrano, &

Greenberg, 2012). Ora, fazendo a ponte para a prática clínica, verifica-se a importância do clínico averiguar as expectativas e objectivos do paciente, na medida em que tal pode influenciar o acordo relativo a objectivos, componente determinante da qualidade da aliança terapêutica. Em segundo lugar, coloco a hipótese desta subcategoria representar uma capacidade dos participantes se projectarem no futuro, neste caso, relativamente ao Self, objectivo estratégico que faz parte da fase 7 (“Antecipação do Futuro e Prevenção da Recaída”) do Modelo de Complementaridade Paradigmática.

Quanto à Consciência da Experiência e do Self, 6 dos 15 participantes revelaram ter maior consciência das suas capacidades/qualidades para lidar com desafios, das suas fraquezas, e mudanças na forma de estar consigo própria. Por sua vez, também 6 dos participantes reportam Construção de Novos Significados relativos à Experiência e ao Self, que revela as capacidades dos participantes em perceber-se de forma diferente, bem como, às experiências. Ambas as capacidades manifestadas no quotidiano, parecem ir ao encontro do mecanismo *Percepção do Novo Self* (Higginson & Mansell, 2008), que se caracteriza pela percepção das diferenças entre o “antigo Self” e o “novo Self”, o que resulta numa sensação de “nova pessoa”, dado em que ambas as subcategorias encontradas, os participantes parecem ver-se e perceber-se de forma diferente, conseguindo diferenciar o antes e o depois da mudança.

Por fim, na subcategoria Consolidação da Mudança, 5 dos 15 participantes relataram que a percepção das mudanças já conquistadas, pode ajudar na consolidação das mesmas. Assim, parece que o facto de os participantes terem consciência das suas mudanças conquistadas, ajuda na consolidação das mesmas.

De forma geral, verifica-se que os participantes conseguiram verbalizar as suas percepções e opiniões acerca dos acontecimentos e experiências em sessão, das mudanças sentidas e ainda o impacto de tais mudanças no seu quotidiano. Tal parece refutar a ideia de que os pacientes não são capazes de fornecer julgamentos objectivos e fidedignos acerca da sua terapia, devido ao seu estado mental, e de que podem não estar conscientes quanto à utilidade da sua terapia (Macran, Ross, Hardy e Shapiro, 1999).

Um dos aspectos a considerar é que as subcategorias mais relevantes apresentadas e discutidas ao nível dos Processos de Mudança do Paciente, parecem ir ao encontro de estudos empíricos acerca de factores facilitadores e úteis em terapia. Mais especificamente, os participantes pareceram valorizar o aumento da consciência ao nível da experiência e do seu Self, bem como, a construção de novos significados.

Por outro lado, foi interessante verificar que algumas subcategorias representativas de processos do paciente, em sessão, pareceram assemelhar-se a alguns objectivos terapêuticos

das fases do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006). Tendo em conta de que este se trata de um modelo integrativo e de que os participantes estão a realizar um processo psicoterapêuticos segundo diversas orientações teóricas (como, por exemplo, Psicanálise ou Gestalt), aparenta haver convergência entre o que acontece nas sessões e os objectivos estratégicos deste meta-modelo. Nesta linha de pensamento, já em 2006, Vasco referiu que a sequência temporal de fases do processo constitui uma semelhança, entre as diferentes escolas terapêuticas, sendo integrativas ou não. Ou seja, que as diferentes escolas, de forma explícita ou implícita, recorrem a um “mapa” sequencial de objectivos.

Outro resultado bastante revelador é a percepção dos participantes acerca do seu papel na terapia. Aparentemente, seis participantes relataram que o seu papel activo na terapia, por exemplo, através da “preparação das mesmas”, contribuiu para o sucesso das sessões e para as próprias mudanças sentidas fora de sessão, o que sugere que o paciente não absorve apenas o que recebe na terapia mas pode também ele mesmo criar mudança (Bohart & Wade). Este resultado poderá também estar relacionado com a motivação do paciente para a mudança.

No que respeita aos processos de mudança da terapia, a comunicação terapêutica foi a subcategoria de processo mais referenciada pelos participantes. Tendo em conta a definição de Doss (2004), coloco também a hipótese de a atitude do terapeuta em permanecer presente, atender sem julgar, o suporte, a cumplicidade, a valorização e a genuinidade, terem contribuído para a promoção de mudança imediata nas sessões. Ainda assim, outros resultados apresentados parecem sugerir que a comunicação terapêutica por si só não foi suficiente, na medida em que a segunda subcategoria mais relevante estava relacionada as operações que o terapeuta, no sentido de clarificar experiências dos pacientes e de promover novas acções reparadoras.

Quanto aos Mecanismos de Mudança, as subcategorias Implementação de acções reparadoras e Compromisso com o trabalho terapêutico e crescimento psicológico foram as mais referenciadas, seguindo-se da Consciência da experiência e do Self e da Construção de novos significados relativos à experiência e ao Self.

Considero que estes resultados foram relevantes na medida em que algumas subcategorias de mecanismos aproximaram-se aos mecanismos de mudança encontrados por outros autores, nomeadamente eficácia interpessoal e novas formas de coping e de resolução de problemas, consciência da experiência e do Self e construção de novos significados relativos à experiência e ao Self (Forster, Berthollier e Rawlinson, 2014; Gibbons et al., 2009; Higginson & Mansell, 2008). O mais interessante é habitualmente tais dimensões estão associadas a orientações teóricas específicas. Porém, o presente estudo, não pretendia fazê-lo.

O último aspecto que gostaria de comentar, prende-se com uma observação da minha parte, nomeadamente, o facto de os participantes neste estudo terem perspectivado a mudança para além da redução de sintomatologia. Ou seja, reportaram-se algumas vezes a mudanças ao nível interpessoal e intrapessoal. Como, por exemplo:

“O que estava anteriormente indisponível, e que a psicanálise me tem vindo a proporcionar, é uma forma de me ver e de me sentir completamente diferente” (P4).

Assim, considero que os resultados do presente estudo parecem ir ao encontro das conclusões de Levitt, Butler e Hill (2006), nomeadamente que os pacientes invulgarmente referem a redução sintomológica como uma mudança significativa, referindo principalmente mudanças ao nível do funcionamento, como alterações na forma como se relacionam com os outros e na visão que têm de si e dos outros.

Porém, antecipam-se limitações do presente estudo. Ao nível metodológico, a maior limitação prende-se com o número reduzido da amostra ($n=15$), o que poderá ter influenciado os resultados apresentados. Por outro lado, a amostra era constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino ($n=14$), não havendo representatividade. Assim, a amostra não permite a generalização dos dados.

Por outro lado, apesar do Método de Análise Temática não referir um número de mínimo desejável de investigadores para conduzir o procedimento de codificação e de formação de categorias, na presente investigação apenas eu e orientador da dissertação conduzimos este procedimento. Assim, ter havido subjectividade na codificação dos dados, algo que tentámos colmatar ao fazer a codificação em separado, até chegarmos a consenso quanto à árvore de categorias.

Por sua vez, o facto de ter recorrido a um critério de relevância para analisar e discutir os resultados encontrados, fez com que subcategorias menos referenciadas fossem pouco consideradas, o que significa alguma perda de informação, ao nível idiossincrático. Porém, a decisão da existência de um critério de relevância prendeu-se com o elevado número de subcategorias que emergiram.

Outra limitação a nível metodológico prende-se com o facto de o mesmo ser retrospectivo e depender das memórias dos pacientes para reportar acontecimentos significativos, mais ao nível de processos e mecanismos de mudança do paciente e da terapia. No entanto, o próprio instrumento utilizado procurava colmatar até certo ponto esta limitação, havendo duas perguntas específicas quanto à sessão/sessões mais recentes.

A nível conceptual, segundo Conceição (2010), os diferentes conceitos de processos de mudança do paciente, processos de mudança da terapia, mecanismos de mudança são por vezes indiferenciados ao nível da literatura, o que dificulta a operacionalização do conceito.

Sem desfazer tais limitações, considero que o presente estudo tem implicações relevantes para a investigação e prática clínica, procurando aproximá-las.

Primeiramente foi possível diferenciar processos de mudança do paciente, processos de mudança da terapia e mecanismos de mudança, o que muitas vezes não acontece na literatura e na condução de estudos empíricos. Tal parece ser relevante na medida em que diferencia o que acontece dentro de sessão das capacidades e competências dos pacientes já adquiridas e manifestadas fora de sessão. Segundo Doss (2004), são os processos de mudança da terapia que criam subsequentemente melhorias nos mecanismos de mudanças e estes nos resultados finais.

Também através deste estudo, verificou-se que os pacientes têm opiniões e perspectivas acerca dos seus processos terapêuticos e das mudanças conquistadas, bem como, de possíveis objectivos terapêuticos. Tendo em conta que Bohart & Wade (2013) consideram que as perspectivas e crenças dos pacientes correlacionam-se positivamente com o resultado final da terapia, dado que a forma como os próprios constroem a terapia constitui-se num factor crucial ao longo do processo terapêutico, torna-se relevante para os clínicos averiguarem tais percepções na condução do processo terapêutico.

Considero também que uma implicação deste estudo centra-se na perspectiva integrativa e transteórica, com recurso a metodologias qualitativas. Isto é, ao nível dos mecanismos de mudança, pareceu haver pontos de convergência entre os resultados encontrados e resultados presentes noutros resultados, os quais vinculavam mecanismos de mudança a orientações teóricas específicas. Assim, considero que poderia ser informativo a continuação da realização de estudos acerca de mecanismos de mudança em contexto naturalístico, onde a heterogeneidade é maior.

Por fim, a última implicação do presente estudo está relacionada com a aparente semelhança entre alguns processos de mudança do paciente e mecanismos de mudança encontrados e os objectivos estratégicos pertencentes ao Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2007), o que reforça a evidência já acumulada em torno desta componente sequencial.

Portanto, olhar para os eventos considerados como uteis nas sessões e para as capacidades e competências que os pacientes vão demonstrando ao longo do processo, permite a responsividade do terapeuta e otimiza a tomada de decisão, objectivo do da componente fases do Meta-modelo referenciado.

Tendo em conta as limitações e implicações referidas, no que respeita a estudos futuros, considero que seria importante incluir a um maior número de participantes, com maior homogeneidade nas suas características, para que outros tipos de métodos de análises mais robustas fossem possíveis.

Seria também interessante conduzir um estudo qualitativo, com recurso à perspectiva dos pacientes e terapeutas, para averiguar as suas percepções acerca de processos e mecanismos de mudança, e a ideia apontada na literatura de que as perspectivas dos pacientes acerca de diversos aspectos da terapia difere bastante das perspectivas dos terapeutas (Horenstein, Houston & Holmes, 1973; Macran, Ross, Hardy & Shapiro, 1999; Elliott, 1986; Elliott & James, 1989).

Talvez um estudo longitudinal, novamente com recurso ao paciente, permitisse averiguar as relações existentes entre processos de mudança do paciente, processos de mudança do paciente e mecanismos de mudança e ainda a possibilidade de existir sequencialidade nas capacidades conquistadas ao longo de um processo terapêutico.

Tendo em conta a presente discussão, concluo que o terceiro objectivo do estudo foi considerado, dado que as perspectivas dos pacientes relativamente a processos e mecanismos de mudança foram valorizadas e contribuíram para a elucidação dos mesmos conceitos e para fornecer pistas para responder ao “como” da terapia.

Referências Bibliográficas

- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 875–888. doi:10.1002/jclp.1056
- Audet, C. T., & Everall, R. D. (2010). Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship: a phenomenological study from the client perspective. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38 (3), 327-342.
- Bachelor, A. (1991). Clients' perception of the therapeutic alliance: a qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (3), 323-337.
- Bergin, A.V. E., & Garfield, S. L. E. (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 219-258) (2th edition). New York: John Wiley & Sons.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). Overview, trends, and future issues. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4th, pp. 821-839), New York, NY: Wiley & Sons.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th edition, pp. 227-306). Hoboken, NJ: Willey.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2012). *The Client in Psychotherapy*. In Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48, 72–79. doi:10.1037/a0022238
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutsellis, M. A., Chiswick, N. R., Hemmelstein, N. A., Jackson, J.S., Morford, M., Ragusea, S. A., Poper, J. G., Weiszer, T., Zack, S. E., Damer, D. D., Spayd, C., Borkovec, T. D., & Holtforth, M. G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 327–344. doi: 10.1037/a0021164

- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 194-226). New York: Wiley & Sons
- Conceição, N. (2010). *If you want to get ahead, get a sequence of general strategies: integrative decision making in real-world psychotherapy*. (Tese de Douturamento não publicada). Universidade de Lisboa
- Conceição, C. (2013). *Necessidades psicológicas e relações com bem-estar/distress psicológicos e sintomatologia: estudo da polaridade dialéctica prazer/dor*. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M., & Mukherjee, D. (2013). Process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6th ed., pp. 298–340). New York, NY: Wiley
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. Clinician Interventions and Participant Characteristics That Foster Adaptive. *Psychotherapy*. 49(4), 557-569
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169-187
- Doss, B. D. (2004). Changing the Way We Study Change in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368–386. doi:10.1093/clipsy.bph094
- Elliott, R. (1986). Interpersonal process recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process* (pp. 503±527). New York: Guilford Press
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443± 467
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*. 20 (2). 123-135

- Forster, C., Berthollier, N., & Rawlinson, D. (2014) A Systematic Review of Potential Mechanisms of Change in Psychotherapeutic Interventions for Personality Disorder. *Journal of Psychology & Psychotherapy* 4:133. doi: 10.4172/2161-0487.1000133
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*. Doi: 10.1080/10503307.2010.495957
- Greenberg, L. (1982). Psychotherapy process research. In E. Walker (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 164-204). Homewood, IL: Dorsey Press.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 4-9
- Gibbons, M. C., Crits-christoph, P., Barber, J. P., Stirman, S. W., Gallop, R., Goldstein, L. A., Temes, C.M., & Ring-kurtz, S. (2009). Unique and Common Mechanisms of Change Across Cognitive and Dynamic Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 801–813. doi:10.1037/a0016596
- Heatherington, L., Constantino, M. J., Angus, L., Friedlander, M., & Messer, S. (2012). Corrective experiences from clients' perspectives. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective Experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 161-190). Washington, DC: American Psychological Association
- Higginson, S., & Mansell, W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* , 81, 309-328.
- Hill, C., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, 50, 68–76. doi: 10.1037/a0030571

- Horenstein, D., Houston, B. K., & Holmes, D. S. (1973). Clients', therapists', and judges' evaluations of psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 20 (2), 149-153.
- Horvath, A. O. (2013). You Can't Step Into the Same River Twice, but You Can Stub Your Toes on the Same Rock: Psychotherapy Outcome From a 50-Year Perspective. *Psychotherapy*. 50 (1). 25-32.
- Johansson, P., & Høglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(1), 1–9. doi:10.1002/cpp.514
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Knox, S., Hess, S. A., Hill, C. E., Burkard, A. W., Crook-Lyon, R. E. & Castonguay, L. (2012) Corrective Relational Experiences: Client Perspectives. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective Experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 191-213). Washington, DC: American Psychological Association
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York, NY: Basic Books.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(1), 42–51. doi:10.1037/a0030682

- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 314-324
- Levitt, H. M. (2014, August 25). Qualitative Psychotherapy Research: The Journey So Far and Future Directions. *Psychotherapy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037076>
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health*, 8 (4), 325-337
- McLeod, J. (2013) Qualitative research: methods and contributions. In M.J. Lambert (ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edn (pp. 49-84), New York: Wiley
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The Outcome of Psychotherapy: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1). 88-97.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C Norcross, (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 3–24). New York, NY: Oxford University Press
- Olivera, J., Braun, M., Penedo, J., & Roussos, A (2013). A Qualitative Investigation of Former Clients' Perception of Change, Reasons for Consultation, Therapeutic Relationship, and Termination. *Psychotherapy*, 50, 505-516. doi: 10.1037/a0033359
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5th ed.)*. (pp.307-390). New York: Wiley.

- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: why "the only way out is through.". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 875-87.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Thousand Lage Daks: Lage Publications.
- Strupp, H.H. (1996). The tripartite model and the Consumer Reports study. *American Psychologist*, **51**, 1017±1024
- Timulak, L. (2007) Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, 305-314.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9- 31.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for common factors models: A historically situated perspective. In B. L. Dunca, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M A. Hubble (Eds.), *The heart & soul of change: Delivering what works* (2nd ed., pp. 49–82). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2013). The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem. *Psychotherapy*. 50 (1). 16-24

ANEXOS

Anexo A. Guião Semi-estruturado da “Entrevista sobre Processos e Mecanismos de Mudança”

Guião semi-estruturado da entrevista em português

“Entrevista sobre Processos & Mecanismos de Mudança”

Processos de Mudança do terapeuta & paciente em sessão

Sessão/sessões mais recente/s: momentos específicos ou eventos da experiência em sessão

1/7 Em relação a si, descreva o que sobressai, ou o que foi significativo para si na/s sessão/sessões mais recente/s, e porquê.

Existiram momentos em que tenha notado em si, ou algo em si, a mudar? O que se viu a fazer, pensar ou a sentir de diferente? Como é que foi diferente do que era antes deste momento? Como foi para si? Porque razão é significativo? Como se desenrolou o processo? Como é que ocorreu a mudança? Como acha que contribuiu para que a mudança ocorresse? O que permitiu a mudança?

2/7 Em relação ao seu terapeuta, descreva o que sobressai ou o que foi significativo para si, na/s sessão/sessões mais recente/s, e porquê.

Existiram momentos em que notou que estava a receber algo do seu terapeuta, que estivesse a ajudar? Como foi diferente de outras pessoas que tentam ajudá-lo(a)? O que ofereceu o seu terapeuta em termos de recursos, ferramentas, oportunidades ou alternativas que anteriormente estavam indisponíveis? Como conseguiu o seu terapeuta? Como foi para si? Que tipos de aspectos da parte do/a terapeuta criaram dificuldades, foram pouco úteis ou o/a desapontaram?

Todas as sessões até agora: aspectos gerais da experiência em sessão

3/7 Descreva os elementos mais notórios e frequentes **do que faz ou experiencia** nas suas sessões de terapia.

O que destacaria? Do que se lembra especialmente? Como é que lhe faz sentido o que faz em sessão? Como é para si? Tem uma teoria sobre como trabalha em

sessão? O que considera mais cativante? Quais são os diferentes recursos da sua experiência em sessão ou do seu trabalho? Como explicaria a um amigo o que faz nas suas sessões? Existe alguma pergunta que não tenha sido feita, que considere ser útil para que se compreenda a sua experiência em sessão? Ou o seu trabalho em sessão?

4/7 Descreva os elementos mais notórios e frequentes **de como o seu terapeuta é, e o que faz** nas suas sessões de terapia.

O que destacaria? Do que se lembra especialmente? Como faz sentido para si o que o seu terapeuta faz frequentemente nas sessões? Como é que se sente? Tem alguma teoria sobre como é que o seu terapeuta trabalha em sessão? O que considera mais cativante? Quais são as características distintivas do que o seu terapeuta faz em sessão? Que coisas faz o seu terapeuta, que lhe pareçam estar a prejudicar, ser pouco úteis, que magoem ou que o desapontem? Como explicaria a um amigo o que o seu terapeuta faz em sessão? Existe alguma pergunta que não tenha sido feita, que considere ser útil para que se compreenda o que o seu terapeuta faz em sessão?

Mecanismos de Mudança do Paciente no Quotidiano

Micro mudanças no quotidiano: emergência de novidades & nuances específicas

5/7 Descreva **exemplos recentes de coisas pequenas (novas)** que já tenha feito ou experienciado de forma (ligeiramente) diferente **no seu quotidiano**.

Quando, o quê e onde nota mudanças que algo estava ligeiramente diferente? O que faz, pensa ou sente de diferente? Como contribui para capacitá-lo? Nota mudanças subtis na forma como se relaciona com a sua experiência, com a experiência dos outros ou do mundo? Como experencia e como é que nota a mudança? De que forma é diferente do que era anteriormente? Como era antigamente e como é agora? Existe algo que queira mudar e percebe que ainda não é possível? Como experencia o processo de trazer a mudança? Existiram

factores que impedissem? Tem alguma ideia sobre o que ajuda estas mudanças a serem construídas?

Maiores mudanças no quotidiano: como está diferente?

6/7 Descreva, **as mudanças maiores, se existirem**, que tenha notado em si, **no seu quotidiano, desde o início desta terapia.**

Quais são os blocos de construção da mudança que sente que leva para o seu quotidiano? Outras pessoas chamaram a sua atenção para aspectos específicos de mudança? O que consegue fazer agora, que anteriormente não se sentia capaz? Como contribui para permitir essa mudança? Sente-se 'equipado' para lidar com os desafios diários? Que novas possibilidades, pontos fortes ou recursos aplica no seu quotidiano? Sentiu alguma mudança, no seu self, no seu desenvolvimento psicológico? Sente certas mudanças a serem construídas em cima de outras? Algumas das mudanças ocorridas estão relacionadas? Se sim, como? Tem uma teoria sobre o que ajudaria a consolidar estas mudanças?

Uso da terapia: como a terapia o/a influencia, e como você influencia a terapia

7/7 Descreva, da forma mais específica que conseguir, **como é que relaciona o que acontece dentro das sessões de terapia**, com o que experiencia fora das sessões, **no seu quotidiano.**

Para além da terapia, o que sente que contribuiu, ou tem vindo a contribuir, para as mudanças no seu quotidiano? Vê alguma relação entre o seu trabalho em terapia e as suas realizações diárias? De que forma vê as suas sessões, o seu terapeuta ou o trabalho feito em terapia como útil? Que pontos fortes pensa que o/a ajudaram a fazer um melhor uso da sua terapia? Que estratégias, se existiram, utiliza para tirar máximo proveito da sua terapia? Sente que contribui para tornar o seu terapeuta, um melhor terapeuta para si?

Anexo B. Consentimento Informado

Consentimento informado para o participante

“Perspectiva dos pacientes sobre processos e mecanismos de mudança”

O presente estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, seção de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Esta investigação está a ser conduzida por mim, Joana Florêncio, e orientada pelo Prof. Dr. Nuno Conceição.

Este estudo dirige-se a pacientes que se encontrem a realizar um processo psicoterapêutico com mais de 4 sessões, e apela à sua participação. O objectivo do estudo é compreender a perspectiva do cliente sobre como é afectado pela sua terapia: como afecta as actividades do seu quotidiano e como é afectado nas suas sessões com o seu terapeuta. A terapia funciona somente se o cliente estiver vinculado a características particulares do seu quotidiano e consiga inclui-lo no seu processo diário para lidar com os desafios da vida. As sessões são uma pequena parte do seu quotidiano. As questões neste estudo são sobre o que acontece na(s) sua(s) sessão(ões) como também sobre o que acontece na sua vida fora das sessões. Quando ocorrem, como é que pequenas e grandes mudanças se desvendam? Quais as mudanças que podem ocorrer em sessão? Que tipos de mudanças podem ocorrer fora das sessões? Estamos interessados em saber a sua experiência e a sua perspectiva.

As informações recolhidas serão anónimas, não sendo pedido qualquer dado pessoal identificativo. O seu uso será exclusivamente para fins académicos, comprometendo-me a assegurar a sua total confidencialidade e privacidade.

A duração do estudo será aproximadamente 30-50 minutos, dependendo da quantidade de tempo que disponibilize e do nível de detalhe das suas respostas. A sua participação é totalmente voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento.

Se tiver alguma questão acerca do estudo ou da investigação, inclusive os seus resultados, estarei disponível para esclarecimentos e informação adicional ou pós-estudo. Contacte: Joana Florêncio, email: joana.florencio.fp@gmail.com.

Ao prosseguir, declara que leu e compreendeu as informações fornecidas e aceita colaborar voluntariamente nesta investigação. Deste já agradeço o seu interesse e colaboração!

Anexo C. Subcategorias dos Processos de Mudança do Paciente identificados pelos
participantes, com total de fontes e referências

Tabela 1.

Subcategorias dos Processos de Mudança do Paciente identificados pelos participantes, com total de fontes e referências

	Fontes	Nr. de referências
Processos de Mudança do Paciente	15	92
Aumentar a consciência da experiência e do Self:	13	44
- Explorar ou experienciar o impacto que as situações relevantes têm em si:	11	19
- Aceder a emoções e sentimentos;	6	6
- Assentar e explorar o problema;	3	6
- Capacidade de parar e abrandar;	3	3
- Aceder a memórias traumáticas;	2	2
- Exploração de necessidades psicológicas	2	2
- Partilhar experiência imediata (emergente):	8	8
- Compreensão da experiência;	7	8
- Consciência da terapia enquanto processo:	6	6
- Percepção dos benefícios apesar dos momentos menos prazerosos;	5	5
- Reconhecer dificuldades em conquistar as mudanças desejadas	1 2	1 3
- Consciência das dificuldades presentes		
Construção de novos significados relativos à experiência e ao Self:	11	21
- Oferecer ou receber novas perspectivas de insight;	6	8
- Reconhecer padrões de funcionamento;	5	7
- Pontes entre o passado e o presente;	2	2
- Possibilidade de construir novas relações;	2	2
- Maior confiança em si próprio	2	2
Confiança, motivação e estruturação da relação:	8	13
- Segurança:	8	11
- Sentir-se ouvido e aceite;	4	4
- Possibilidade de receber cuidado;	2	2

- Sentir-se acompanhado;	2	2
- Sentir-se seguro para partilhar;	2	2
- Sentir-se compreendido	1	1
- Compromisso com a aprendizagem;	1	1
- Restauração da esperança	1	1
Regulação da responsabilidade:	6	10
- Agente activo no processo terapêutico:	5	9
- Investir tempo a decidir sobre o que falar;	5	5
- Papel activo na terapia	3	4
- Agente activo das suas próprias escolhas;	1	1
Implementação de acções reparadoras:	3	3
- Integrar partes do Self;	2	2
- Treino de competências	1	1
Consolidação da mudança	1	1

Anexo D. Subcategorias dos Processos de Mudança do Paciente identificados pelos
participantes, com total de fontes e referências

Tabela 2.

Subcategorias dos Processos de Mudança da Terapia identificados pelos participantes, com total de fontes e referências

	Fontes	Nr. De referências
Processos de Mudança da terapia	15	81
Comunicação terapêutica:	10	34
- Permanecer presente;	6	7
- Sensação de suporte;	5	7
- Atender sem julgar;	5	5
- Cumplicidade, genuinidade, valorização;	5	5
- Escuta;	4	4
- Facilidade em estabelecer a comunicação;	2	3
- Espelhar a paciente;	1	1
- Tolerância face à frustração e zanga do paciente;	1	1
- Naturalizar a experiência	1	1
Promover novos significados:	8	16
- Oferecer nova perspectiva acerca das dificuldades;	6	9
- Oferecer soluções ou novas acções reparadoras	3	7
Aspectos que dificultam o processo de mudança	5	6
Trabalho de casa	4	4
Intervenções específicas:	3	4
- Promover estratégias de comunicação;	1	1
- Promover estratégias para a regulação do sono;	1	1
- Psicoeducação;	1	1
- Utilização de imagética	1	1
Compreensão das dificuldades	3	3
Foco na experiência corporal	2	4
Foco nos recursos	2	2
Promover a autonomia do paciente	2	2

Características pessoais do terapeuta	1	1
Contenção emocional	1	1
Dúvidas do terapeuta	1	1
Integrar o passado e o presente	1	1
Não reforçar padrões de funcionamento	1	1
Reconhecer e reparar erros de acção (não) terapêutica	1	1

Anexo E. Subcategorias dos Mecanismos de Mudança identificados pelos participantes,
com total de fontes e referências

Tabela 3.

Subcategorias dos Mecanismos de Mudança identificados pelos participantes, com total de fontes e referências

	Fontes	Nr. de referências
Mecanismos de Mudança	15	97
Implementação de acções reparadoras:	13	41
- Eficácia Interpessoal:	13	25
- Asserção e afirmação de si;	8	9
- Melhor ligação com os outros;	5	7
- Maior aceitação de si próprio;	2	3
- Maior confiança;	2	4
- Maior aceitação do outro;	1	1
- Menor dependência	1	1
- Novas formas de coping e resolução de problemas;	6	10
- Mudanças nas tarefas quotidianas;	3	3
- Tolerância ao desconforto;	2	2
- Aumento da produtividade	1	1
Compromisso com o trabalho terapêutico e com o crescimento psicológico	12	21
- Psicoterapia como ajudante no processo;	7	10
- Consciência das dificuldades em implementar mudanças;	5	5
- Consciência das dificuldades ainda presentes;	3	3
- Projectão de Objectivos Terapêuticos	2	3
Consciência da Experiência e do Self	6	8
- Consciência das suas capacidades/qualidade	3	4
- Focar-se em si	4	4
Construção de novos significados relativos à experiência e ao Self:	6	11
- Atribuir novos significados à experiência;	3	3
- Melhorias na visão do Self	4	8

Consolidação da mudança	5	6
Regulação da Responsabilidade	4	5
- Agente activo das suas próprias escolhas	3	3
- Mobilizar recursos externos	2	2
Rede Social enquanto ajudante no processo	3	3
Restauração da esperança	1	1